FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 107

Les femmes médecins-missionnaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 11 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Arlette BUTAVAND

Interne Suppléante des Hôpitaux de Lyon

Née le 27 Avril 1905 à MÉRIGNAT (Ain)



LYON

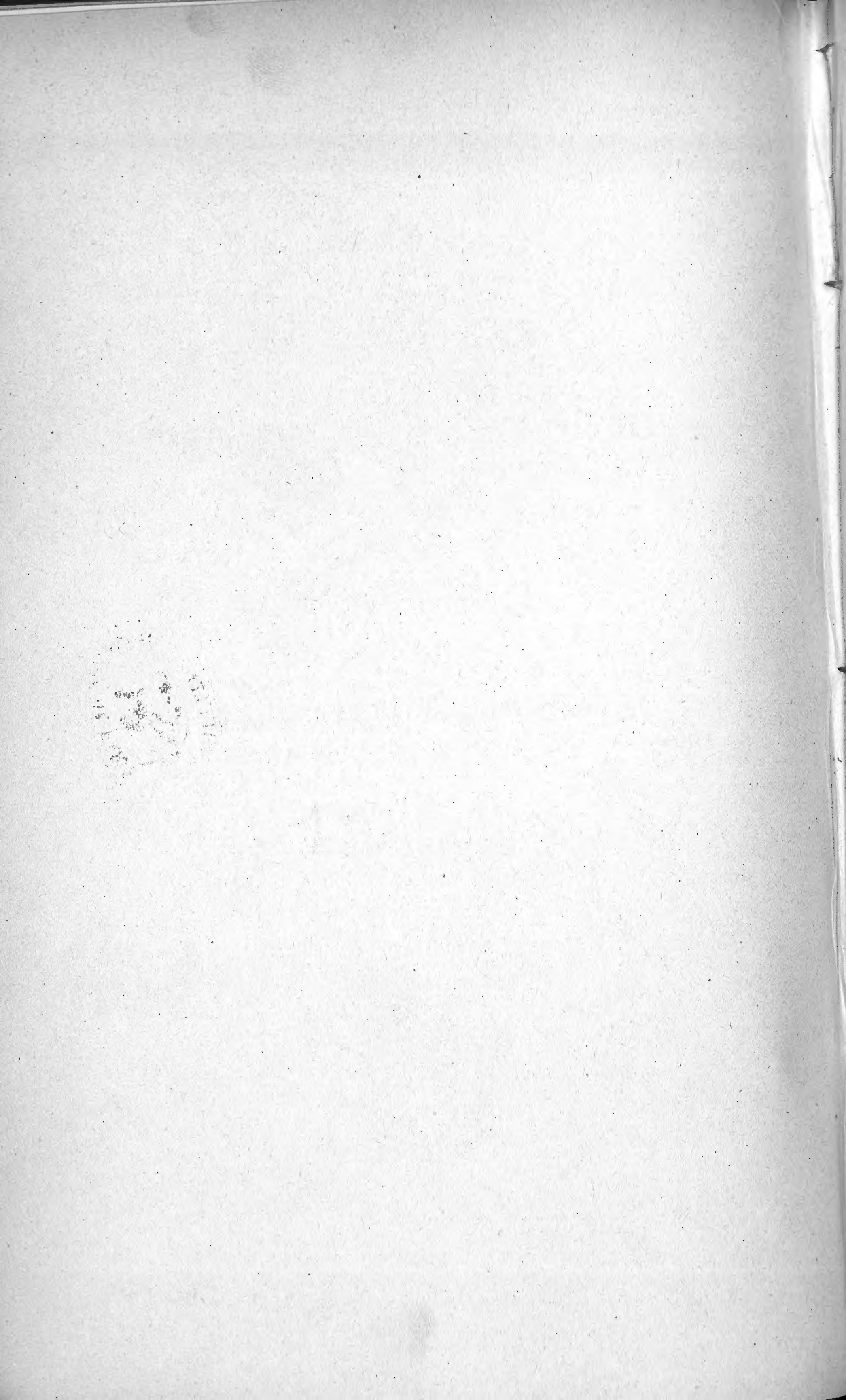
Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—

1930

LES FEMMES MÉDECINS-MISSIONNAIRES



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1930-1931 N° 107

Les femmes médecins-missionnaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 11 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Arlette BUTAVAND

Interne Suppléante des Hôpitaux de Lyon

Née le 27 Avril 1905 à MÉRIGNAT (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM PIC PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P)
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, *président* ; VORON, *assesseur* ;
GATÉ et MORENAS, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A mes Maitres dans les Hôpitaux

M. le Docteur PALLASSE.
M. le Docteur ROQUE.
M. le Docteur PLAUCHU.
M. le Professeur VORON.
M. le Docteur BOUCHUT.
M. le Professeur GATE.

Externat

M. le Professeur BERARD.
M. le Professeur GAYET.
M. le Professeur NOVE-JOSSERAND.
M. le Docteur BONNAMOUR.
M. le Professeur BARD (*in memorian*).
M. le Docteur PEHU.

Monsieur le Professeur Lépine a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait, ainsi que de la bienveillance avec laquelle il a suivi la préparation de ce travail.

Parmi nos professeurs à la Faculté et chefs de service dans les hôpitaux, notre reconnaissance va tout particulièrement à notre Maître, Monsieur Pallasse. De même que sa bonté nous a aidée à surmonter les difficultés qui ont surgies au cours de notre vie d'étudiante son exemple nous aidera, au cours de notre carrière, à rester fidèle à tout ce qu'il nous a enseigné, l'esprit scientifique et critique, la gaieté, le dévouement, le sentiment du devoir, la droiture.

PRÉFACE

Nous diviserons cette étude en trois parties :

1° La tâche des femmes-médecins dans les missions ;

2° Les femmes-médecins missionnaires protestantes ;

3° Les femmes-médecins missionnaires catholiques.

Cette étude a un caractère essentiellement objectif. Nous avons séparé l'étude des protestantes de celle des catholiques en raison des caractères différents de leurs missions, mais non dans l'intention de les opposer.

Les missions protestantes, assez jeunes, ont été organisées d'emblée sur un pied moderne. Elles ont surtout un caractère social ; les œuvres charitables y tiennent la première place ; la conversion cherchée est essentiellement morale ; la doctrine n'est que d'importance secondaire.

Les missions catholiques, aussi vieilles que le catholicisme, ont un poids de traditions plus lourd. Les œuvres de miséricorde en sont le fruit logique plus

que le but ; la diffusion de la doctrine dont l'unité est sauvegardée par l'Eglise visible hiérarchiquement organisée, y tient la première place. Ces missions sont en majeure partie confiées aux congrégations.

Ceci explique que les missions médicales protestantes datent de 120 ans et comptent de nombreux médecins, tandis que les missions catholiques, beaucoup plus anciennes, sont seulement au début d'une organisation médicale scientifique. On comprend aussi que missions médicales féminines catholiques et protestantes aient chacune une physionomie particulière.

Pour la documentation de ce travail, nous avons consulté de nombreux ouvrages de médecine et de missiologie, de multiples revues. Nous nous bornerons à indiquer les quelques publications dont la valeur documentaire est importante. La plupart des renseignements intéressants nous ont été fournis directement par les sociétés ou congrégations qui emploient des femmes-médecins et par des missionnaires eux-mêmes.

Nous remercions tous ceux qui ont apporté à ce travail l'aide de leur expérience et de leurs conseils, et qui ont témoigné de la sympathie à un genre d'apostolat encore nouveau en France.

PREMIÈRE PARTIE

LE TERRAIN SUR LEQUEL TRAVAILLENT LES FEMMES MÉDECINS-MISSIONNAIRES

Avant d'envisager d'une manière concrète les missions médicales féminines, il faut se rendre compte de ce qu'est exactement la tâche d'une femme-médecin dans les missions.

Cette tâche se présente sous un double aspect :

a) Tout d'abord c'est *une tâche médicale générale* à laquelle une hygiène et une pathologie spéciales, d'une part, le concours de diverses organisations sanitaires, d'autre part, impriment un caractère différent de celle de nos pays.

b) A cette tâche médicale générale se superpose *une tâche à proprement parler féminine*; une femme-médecin se trouve naturellement spécialisée dans la gynécologie, l'obstétrique, la pédiâtrie ; mais ce travail varie un peu suivant les pays.

a) LE TERRAIN MÉDICAL GÉNÉRAL

---

1. L'hygiène et la pathologie en pays de mission

§ 1er. — L'HYGIÈNE. — L'hygiène, en pays de mission, se ressent des différences de climat, d'habitation, d'alimentation.

Presque toutes situées sous des *climats* extrêmes, les missions sont en majeure partie dans les pays chauds. On y rencontre toutes les transitions entre un climat aisément supportable, comme celui de l'Egypte ou du Maroc, et le climat malsain de l'Equateur. La faculté d'adaptation varie selon les races et les sujets (1) ; on tend actuellement à n'envoyer les missionnaires dans les contrées tropicales qu'après examen d'aptitude.

Le climat influe sur le genre de vie des indigènes et sur la répartition de certaines maladies.

L'*habitation* laisse un peu partout beaucoup à désirer à l'hygiène européenne. Dans les campagnes, la hutte indigène, telle qu'elle se rencontre sur tout le

(1) Voir à ce sujet les données de l'*Exposition Missionnaire Vaticane* et les œuvres du P. Gemelli, recteur de l'Université de Milan.

continent africain, la demeure du cultivateur chinois ou indien, ne présentent d'ordinaire aucune disposition d'aération : les insectes, les rats, les parasites vecteurs de germes pathogènes y pullulent. Dans certains pays, les indigènes sont propres et ne se servent de leur case que pour dormir ; aussi le soleil et le grand air font une compensation. Mais aux Indes, en pays musulman, dans les grandes villes, les femmes, vouées à la réclusion, présentent une grande morbidité.

Pour la pratique médicale, l'hygiène de l'habitation est importante ; le succès d'un traitement, d'une intervention, est compromis par l'absence d'un minimum de confort ou de propreté (2).

Le *vêtement*, dans les pays chauds, est partout sommaire Ceci favorise les plaies, les ulcérations tropicales, les morsures ou piqûres par bêtes venimeuses. C'est un facteur de mortalité infantile dans les régions où les oscillations thermiques nyctémérales sont considérables (3).

L'*alimentation* n'est pas égale suivant les pays. Aux Indes, par exemple, les famines font encore périodiquement des milliers de victimes (4). En Afrique, dans nombre de régions, les indigènes sont sous-alimentés (5) : ensemencements de terrains insuffisants, culture unique, manque de précaution pour la con-

(2) Docteur Mary Scharlieb. — *Dedicated Science*, L. M. S. (s. d.).
(3) B. Rakoto. — *Contribution à l'étude de la mortalité infantile à Madagascar et de ses principales causes.* Th. méd. Paris 1927.
(4) F. Booth-Tucker. — *Muktifauj or forty years with the Salvation Army in India and Ceylon.* London S. A. (s. d.).
(5) J. H. Oldham. — Population and Health in Africa. *International Revew of Missions*, vol. XV.

servation de la récolte, année mauvaise, offre de travail par les entreprises européennes enlevant les hommes à la terre, autant de causes de disette. Mais dans les pays tropicaux la végétation luxuriante rend l'alimentation facile, les mets nationaux sont riches en valeur nutritive.

Plus importante encore que la qualité de l'alimentation est celle de l'*eau*. Indépendamment des germes pathogènes qu'elle peut contenir, il semble que l'eau influe sur la morbidité générale d'un pays.

§ 2. — LA PATHOLOGIE. — La pathologie, en pays de mission, ne ressemble guère à ce qu'elle est dans nos pays (6).

Il y a celle des consultations : affections cutanées, pian, bouton d'Orient, ulcérations tropicales, éléphantiasis, cas d'urgence. Cette pratique médicale courante donne au médecin l'occasion de beaux succès qui accroissent la confiance des indigènes. Mais c'est là un placement à échéance immédiate. A côté du soulagement facile à distribuer dans ces cas, le médecin missionnaire se trouve aux prises avec un travail à plus longue portée.

Certaines maladies ont un *retentissement économique et social* qui met en jeu l'avenir des missions.

(6) Voir à ce sujet :
1) les *Traités de pathologie exotique :*
Grall et Clarac.
Guiart, Garin, Léger. *Précis de médecine coloniale,* Paris 1929.
Roger Widal, Teissier, *Nouveau Traité de médecine.*
2) la section médicale de l'exposition missionnaire Vaticane.
3) R. P. Vernet : *La médecine dans les Missions.* Etudes, 5-9-30.

Comment espérer installer solidement l'Eglise dans une contrée où missionnaires et fidèles sont périodiquement décimés par les épidémies ; où la jeune mission risque de s'éteindre avec la pouplation ? C'est malheureusement le cas de quelques régions ravagées par la maladie du sommeil ou le paludisme. La diffusion de *la maladie du sommeil* dans l'Afrique Equatoriale a causé d'immenses ravages. Au Congo, dans les districts atteints, la dépopulation est alarmante ; jusqu'à 8 et 9/10 de la population ont été détruits (7).

La mouche tsé-tsé cause aussi la dépopulation de certaines régions en les rendant inhabitables pour les indigènes qui vivent principalement de leurs troupeaux.

Le *paludisme* (8) ne compte pas comme facteur de mortalité important chez les adultes. Par contre, il joue un grand rôle dans la léthalité infantile. En Afrique, les enfants noirs sont toujours infectés dans la proportion de 50 à 100 %.

Par sa diffusion, par l'anémie qu'il entraîne, c'est un fléau dont les conséquences économiques et sociales sont considérables. Il se rencontre dans les cinq parties du monde avec une gravité plus grande dans les contrées tropicales.

D'autres affections peuvent avoir, dans des régions plus localisées, des conséquences comparables : ainsi l'ankylostomiase, l'anguillulose...

(7) S. D. N. Organisation d'hygiène. *Rapport de la 2e conférence internationale de la maladie du sommeil*, Genève, 1928.

(8) Sir Ronald Ross. — *Researches on Malaria*. Trad. et préface du Docteur Ch. Broquet, Paris 1929.

La prophylaxie et le traitement de ces maladies sont très importants pour l'avenir des missions. Cependant, comme elles ont un retentissement économique notable, les gouvernements s'en chargent en partie et le missionnaire n'a qu'à coopérer avec eux.

D'autres affections ont un retentissement plutôt *social :* telles sont la syphilis, la tuberculose, la lèpre, les affections oculaires, l'intoxication par l'opium.

La *syphilis* se trouve dans toutes les colonies. Là où les populations étaient indemnes avant l'occupation européenne, l'effet a été désastreux ; dans certaines régions de l'Afrique, dans les camps de travail, dans les grandes villes, les indigènes sont presque tous atteints ; les statistiques de l'hôpital Mengo montrent que sur 3 mères Baganda, 2 ont eu la syphilis.

La *tuberculose,* très répandue maintenant dans tous les pays, revêt chez les indigènes des formes à évolution rapide. Et bien des missions envisagent la création de sanatoria.

La *lèpre* est encore très fréquente dans certaines contrées : 130.000 pour les Indes d'après les statistiques officielles, mais ce nombre doit être au moins doublé. En Océanie, dans l'Amérique Centrale, en Afrique on la rencontre souvent.

Les *affections oculaires* sont très communes dans les pays chauds : variole, cataracte, et surtout ophtalmie purulente des nouveau-nés, trachôme. En 1928, il y avait aux Indes 600.000 aveugles et 500.000 en Chine.

L'usage de stupéfiants constitue, dans les missions,

un autre problème médico-social. Durant les deux derniers siècles, l'opium a été en Orient le grand obstacle à la conversion des païens et à la persévérance des chrétiens.

A ces diverses affections à retentissement économique ou social, il faut ajouter les *épidémies* (9) qui n'ont, dans la plupart des missions, ni la rareté, ni la limitation qu'elles gardent souvent en Europe.

La *peste* reste endémique dans le Turkestan, sur les Hauts-Plateaux de l'Hîmalaya, en Corée ; en Afrique dans l'Ouganda et le Kénya.

La *variole* se retrouve partout où la vaccination n'est pas partiquée systématiquement.

Les *maladies d'origine hydrique,* typhoïde, choléra, font périodiquement des milliers de victimes.

Ces épidémies, souvent d'emblée massives, longues à s'éteindre, renaissant à chaque instant, sont un danger perpétuel pour les missions.

En somme, la tâche du médecin, en mission, est extrêmement vaste. Il doit non seulement soulager, exercer la charité autour de lui, mais s'élever à des vues générales de prophylaxie et d'hygiène, s'adapter à un travail varié qui réclame de l'initiative.

Quelles aides rencontre-t-il pour cela ? C'est ce que nous allons envisager.

(9) S. D. N. *Rapport épidémiologique mensuel de la section d'hygiène du secrétariat.*

2. — L'action médicale des gouvernements et des sociétés philanthropiques et commerciales

§ 1er. — Nécessité d'une organisation officielle.

Les sociétés modernes évoluent de plus en plus vers l'Etatisme ; parmi les œuvres de bienfaisance, fruits du christianisme, les unes se trouvent maintenant assimilées par l'Etat qui en a pris la direction, les autres ont à compter sur son aide ou avec son contrôle, ou sa rivalité.

D'ailleurs, les découvertes qui ont résulté des vues géniales de Pasteur ont rendu une organisation sanitaire nouvelle indispensable. Pour lutter efficacement contre les épidémies, contre les fléaux médico-sociaux, il faut des mesures globales, obligatoires, que l'Etat est généralement seul capable de prendre.

Aussi existe-t-il actuellement des organisations sanitaires nationales et internationales.

§ 2. — Organisation sanitaire internationale.

Elle existe depuis 1908 où fut créée, à Paris, l'Office international d'hygiène publique.

La S. D. N. comporte, depuis 1920, une section d'hygiène et, depuis 1922, une commission des épidémies.

§ 3. — Organisations sanitaires nationales.

Les métropoles ont établi, dans toutes leurs colonies, des organisations sanitaires.

La *France,* en particulier, s'est beaucoup préoccupée de l'hygiène de ses colonies.

En Indochine, par exemple, elle a créé des hôpitaux, assaini les villes et les campagnes, lutté contre le paludisme et les maladies transmissibles. Grâce à ses efforts, « ce pays, tombeau des premiers ouvriers de la colonisation, est devenu une des plus belles colonies de la France... Colonie d'exploitation, l'Indochine est devenue, après 70 ans d'un labeur fécond, une colonie de peuplement, un prolongement en quelque sorte de la métropole » (10).

Les résultats ne sont pas partout aussi encourageants. En dépit des mesures énergiques, la maladie du sommeil n'est pas encore enrayée en Afrique Equatoriale, par exemple. Dans certaines régions, les médecins sont en nombre notoirement insuffisants (11). Toutefois, l'organisation générale, les cadres, existent.

L'*Angleterre* a eu recours à ce moyen de colonisation (12). D[rs] Ruth Young et Margaret Balfour (13) ont décrit les initiatives charitables des vice-reines aux Indes.

La *Belgique,* la *Hollande* ne sont pas en retard sur ce point.

Les *pays d'Orient* qui n'ont pas la tutelle d'un gouvernement européen pour créer chez eux l'assistance

(10) Da Van Tôt. — *De l'influence pacifiante de la médecine dans la colonisation.* Th. méd. Paris, 1927.

(11) Docteur S. Abbatucci. — *Médecins coloniaux.* Paris, 1928.

(12) Harryett Fontanges. — *Les femmes docteurs en médecine.* Paris, 1901.

(13) Docteurs R. Young and Margaret Balfour. — *Work of Medical Women in India du ford,* 1929.

médicale, commencent, eux aussi à s'en préoccuper.

Ainsi la Turquie (14), parmi ses nombreuses réformes, compte des mesures d'hygiène encore insuffisantes et mal appliquées, mais témoignant d'un réel effort.

En Chine, l'assistance médicale est encore largement sous la dépendance des missions, mais le gouvernement a déjà pris certaines initiatives, pour la prophylaxie de la peste pneumonique par exemple.

Ces quelques faits montrent que les gouvernements travaillent à améliorer l'état sanitaire des colonies et des pays orientaux.

§ 4. — Action médicale des sociétés philanthropiques et commerciales.

Le missionnaire se rencontre aussi, sur le terrain médical, avec des organisations privées dont l'action ou la coopération lui sont précieuses.

Les Instituts Pasteur fournissent des moyens de diagnostic bactériologique si importants en pathologie exotique, des sérums, des vaccins. Ils constituent des centres de recherches scentifiques.

La Fondation Rockfeller poursuit dans tous les pays son œuvre philanthropique. Animée d'un esprit large et tolérant, elle a maintes fois travaillé en collaboration avec les missionnaires de toute dénomination.

La Croix-Rouge s'est étendue aux colonies où les infirmières-visiteuses se multiplient.

(14) H. Fulconis. — *Aperçu d'hygiène dans quelques pays du Proche-Orient et aux Etats-Unis d'Amérique.* Th. Méd. Alger, 1924.

Les grandes entreprises commerciales ou industrielles coloniales ont créé des services médicaux. Elles ont des hôpitaux, des médecins, des consultations pour leur personnel et rendent des services appréciables au reste de la population.

De cet aperçu, on peut tirer plusieurs conclusions. Tout d'abord, le médecin-missionnaire n'est pas seul à faire de la médecine en pays de mission. De nombreuses organisations travaillent à la même œuvre tangible de bienfaisance, quoiqu'à des fins différentes.

Ceci l'oblige à posséder une compétence médicale réelle. Il existe encore, sans doute, des coins de brousse ou de désert où la civilisation européenne n'a pas pénétré. Mais pour se montrer à la hauteur de sa tâche, pour savoir profiter intelligemment de l'aide que lui offrent les organisations sanitaires de la région, pour faire œuvre utile et féconde, le médecin missionnaire ne doit pas être un médiocre.

Enfin, comme l'union fait la force, tous ceux qui travaillent au soulagement des malades, à la prophylaxie des épidémies, ont intérêt à s'unir sur ce terrain. Une coopération intelligente permet à l'assistance médicale d'obtenir le meilleur rendement.

---

b) LA TACHE MÉDICALE SPÉCIALE DES FEMMES MÉDECINS

La condition de la femme et de l'enfant dans les divers pays de mission et la médecine indigène

Ce coup d'œil rapide sur la pathologie et l'hygiène dans les pays de mission nous a montré l'étendue de la tâche médicale du médecin missionnaire et sa complexité.

Mais lorsque ce médecin est une femme, son domaine, de ce fait, se spécialise à l'égard des femmes et des enfants. Or, presque partout où la civilisation chrétienne n'a pas encore pénétré, la femme, à cause de sa faiblesse, se trouve dans une situation matérielle et morale pitoyable. Le rôle de la femme-médecin consiste alors à la relever de sa déchéance, à éclairer son âme en soignant son corps, à faire pénétrer par elle plus d'hygiène et plus de religion dans l'ensemble de la population.

L'étude de la condition sociale, médicale et religieuse de la femme dans les divers pays de mission, montre quelle est dans tous l'utilité, dans certains la nécessité pressante de cette œuvre de charité.

L'*Amérique du Sud*, depuis longtemps catholique, compte encore des peuplades païennes dans le Sud et dans les forêts de l'Amazone. Mais les missions médicales y sont peu nombreuses et ne comptent actuellement aucune femme-médecin. Aussi n'insisterons-nous pas davantage sur elle.

L'*Amérique du Nord*, dont les immenses plaines désertiques et les glaces polaires n'ont pas effrayé les Sœurs grises (15), a trouvé dans ces religieuses, sinon des docteurs diplômés, du moins d'habiles praticiennes, et même, à l'occasion, des chirurgiennes. Ces régions sont aussi l'objet d'une évangélisation active de la part des protestants. On y trouve encore, de même qu'en *Océanie*, de vrais « sauvages », espèce qui tend de plus en plus à disparaître, au grand dommage du pittoresque des missions.

Mais dans tous ces pays les missions médicales sont relativement peu importantes. Et ce sont l'Afrique, les pays d'Islam, l'Asie qui constituent le principal champ de travail des femmes-médecins missionnaires.

1. — L'Afrique noire

Les populations noires sont subdivisées en une infinité de races et de tribus dont les coutumes diffèrent; la civilisation européenne les a inégalement atteintes. Il est donc difficile de donner une vue précise du

(15) P. Duchaussois. — *Femmes héroïques*. Paris, Spes.

sort qu'elles font à la femme. Voici toutefois quelques traits communs à la plupart des tribus :

Au point de vue social, la femme semble n'avoir pas d'existence individuelle ; elle ne vit qu'en fonction de la famille qui dispose d'elle sans lui demander son avis. La famille est d'ailleurs le fondement sur lequel reposent ces sociétés ; elle s'étend à toute une parenté élargie selon des lois compliquées.

La polygamie existe un peu partout, en principe ou en fait.

Mais, « à vrai dire, le sort des femmes indigènes n'est pas toujours aussi misérable que leur infériorité juridique, renforcée par le récit d'observateurs superficiels, tendrait à le faire croire... La négresse est en général si débordante de vie qu'elle parvient à sauver, malgré la rigueur des coutumes, une bonne part de son indépendance et de son autorité. Il reste, malgré ces réserves, que le sort des femmes, un peu partout, a besoin d'être sensiblement amélioré (16). »

La condition sanitaire est vraiment pitoyable. La religion des noirs compénètre toute l'existence, il n'y a pas un acte important qu'elle n'accompagne. Elle ne pouvait rester étrangère à la maladie et, de fait, elle tient dans la médecine la première place.

A côté de nombreuses superstitions plus ou moins cruelles dans leur application thérapeutique, les noirs utilisent de nombreuses plantes qu'ils connaissent fort bien et emploient judicieusement. Le R. P. Aupiais les a vus, au Dahomey, traiter les convul-

(16) G. Hardy. — *Nos grands problèmes coloniaux.* Paris, 1929, p. 62-64.

sions infantiles par des bains tièdes, des tractions de la langue au moment des crises, et des instillations de piment dans les yeux. Ce même missionnaire raconte s'être indigné tout d'abord de trouver les malades dans une hutte enfumée « pour chasser les mauvais esprits », puis s'être aperçu que le malade, couché à terre sur une natte, n'était nullement incommodé de ce procédé d'assainissement de l'air.

Les noirs prènnent grand soin des enfants, malheureusement souvent à contre-temps ; ainsi l'allaitement trop prolongé, la suralimentation, sont un facteur de mortalité infantile qui élimine les faibles.

Ce sont surtout les jeunes mères qui sont à plaindre. Quelques traits rapportés par le R. P. Coquard, fondateur de l'hôpital et de l'école de sages-femmes indigènes d'Abéokuta (Nigéria), évoquent la misère des femmes noires maltraitées par les médecins féticheurs au cours de l'accouchement.

On les apportait à l'hôpital quelquefois de très loin dans un pagne attaché à un bambou en forme de hamac. Ces pauvres femmes étaient dans un état lamentable, sales, couvertues d'ordures, de médecine indigènes, tout exsangues par hémorragie grave ou détachement du placenta, l'enfant mort depuis deux ou trois jours dans le sein, des présentations anormales, transverses. Un jour, dans une présentation de l'épaule, un féticheur s'avise de tirer sur le bras: le membre lui reste dans les mains; il le jette dans le bush et se sauve, mais la police le retrouva et lui infligea 6 mois de prison. Une autre fois, dans une version podalique, ils tirèrent tellement que la tête se décolla et le corps du fœtus leur resta dans les mains. Ce sont là des cas typiques, mais com-

bien d'autres semblables ! Et pourtant, grâce à des soins éclairés, combien de guérisons de ces pauvres créatures infectées par les manœuvres des féticheurs, ont été obtenues contre toute espérance.

Evidemment, la conclusion s'impose d'elle-même.

2. — Les peuples soumis à l'Islam

« La singulière existence faite à la femme musulmane a frappé depuis longtemps les Européens... La question de la femme et de son émancipation est à l'ordre du jour dans les pays musulmans avancés (17). »

La réclusion, le port du voile sont les éléments extérieurs les plus frappants de la condition de la femme islamique dont ils traduisent éloquemment l'infériorité.

Cet état de choses n'a pas toujours existé. Au temps de Mahomet, les femmes jouissaient d'une certaine liberté, allaient et venaient comme elles l'entendaient et prenaient même part aux expéditions du prophète, pour soigner les blessés.

Mais rapidement, soit qu'elle ait été ébauchée par Mahomet, soit plutôt qu'elle ait été imposée par ses successeurs, la coutume de la réclusion s'établit dans toutes les populations soumises à l'Islam. Les circonstances vinrent bientôt l'ancrer profondément.

(17) F. Mansour. — *La condition de la femme dans la tradition et l'évolution de l'Islamisme.* Th. let. (Univ.) Paris 1913-14.

Les guerres, les conquêtes, l'esclavage, la destruction des classes, le gouvernement tyrannique furent les premières. Les conséquences du Coran s'y ajoutèrent bientôt.

En autorisant la polygamie dans une mesure très large, en facilitant le divorce au profit de l'homme, en dépit de quelques clauses protectrices accordées à la femme, le Coran posait pour la femme les bases de la décadence bien plus sûrement que lorsqu'il la traitait d' « être frivole qui grandit dans les ornements et la parure, toujours prêt à disputer sans raison » (18). Les facilités du mariage avec les esclaves ont aggravé l'état des femmes libres

Les conséquences de cet état de choses sont faciles à prévoir. « Pour l'Arabe, la femme ne compte pas et, reléguée au fond de la maison dans un appartement spécial, elle est réduite à la passivité des choses... L'amour n'est chez l'Arabe, où il est ravalé à la pure bestialité, qu'un appétit sexuel, l'assouvissement d'un désir... et la femme n'est que la partenaire de l'homme dans la procréation des enfants, l'instrument de volupté, ou encore la cuisinière (19). »

Ne pouvant sortir librement, condamnée à rester chez elle, la femme arabe peut difficilement élargir ses horizons et développer son intelligence. Aussi, dans bien des cas, la servitude l'a-t-elle avilie jusqu'à lui devenir inconsciente ou à s'en faire aimer.

La coutume qui interdit aux femmes de voir les

(18) Coran. Ch. LXIII, v. 17.
(19) Stéfanini. — *Chez les Touaregs du Hoggar.* Th. Méd. Lyon 1920-21.

hommes sans être voilées, à moins qu'il ne s'agisse de leurs très proches parents, leur refuse les soins des médecins, à moins que ces médecins ne soient des femmes. Il semble donc que les Musulmanes auraient dû s'instruire et se soigner entre elles. Il n'en est rien. L'histoire nous a conservé les noms de quelques sages-femmes célèbres, la fille et la sœur d'Abou Ben Zohr (XII[e] siècle, Espagne), qui accouchaient les femmes d'El Mansour. Avicenne parle d'un collyre de composition savante dû à une femme arabe (20) ; mais cette tradition s'est perdue. On trouve parmi les Musulmanes, principalement dans le peuple, des guérisseuses dont les prescriptions se rattachent comme valeur et comme genre à la médecine populaire de tous les pays, et dont les connaissances obstétricales sont des plus sommaires. Les femmes musulmanes sont donc dans l'abandon médical le plus complet, et pourtant que de misères physiques recèlent leurs demeures !

Telle est, dans ses grandes lignes, la condition de la femme musulmane. Mais il existe de *grandes variations suivant les classes et les pays.*

« Un lien étroit lie le problème de la réclusion des femmes à celui des *classes.* Dans l'Orient musulman, les classes riches qui se plaisent à se composer ce que les Européens appellent des « harems », diffèrent profondément de la classe des travailleurs et des ouvriers. Dans la classe ouvrière, chacun en général a une femme unique avec laquelle il partage sa be-

(20) Mél. Lipinska. — *Histoire des femmes-médecins.* Paris 1900, p. 562.

sogne. La femme de l'ouvrier n'est point comparable à celle de la classe aisée que l'homme avilit et réserve pour son égoïsme. Elle est, au contraire, aussi libre que son époux. Elle apporte sa part d'activité, de sentiments et de pensées à la lutte commune, et elle travaille côte à côte avec son mari pour gagner leur vie (21). »

Selon les *régions*, l'Islamisme pèse plus ou moins lourdement sur la femme.

Chez certaines peuplades, les Touaregs par exemple, il n'existe guère pratiquement. « Au Hoggar... où elle a réussi à maintenir la monogamie qui est la règle chez les Touaregs, bien qu'ils soient musulmans. la femme est considérée comme l'égale de l'homme et son influence se retrouve partout dans la société Targui (22). »

Dans l'Asie Centrale (23), il a tristement aggravé le sort de la femme dans les villes. La médecine est en grand honneur là-bas en ce sens que tout le monde prétend l'exercer. Les livres médicaux ne manquent pas, la thérapeutique très riche emploie le mercure, l'acide sulfurique, la cire, le miel, les serpents séchés, les lézards, les plantes, etc., accompagnés de pratiques de sorcellerie. Malheureusement les recettes ne sont pas toujours anodines, et il y a encore fort à faire au point de vue médical.

Dans les Indes, l'Islamisme a revêtu un caractère

(21) F. Mansour. — *La condition de la femme dans la tradition et l'évolution de l'Islamisme*. Th. let. (Univ.) Paris 1913-14, p. 50.
(22) Stefanini. — *Chez les Touaregs du Hoggar*. Th. Méd. Lyon 1920-21, p. 51.
(23) P. Kournietzov. — *La lutte des civilisations et des langues dans l'Asie Centrale*. Th. let. (Univ.) Paris 1912.

spécial. Il y a pénétré de vive force, « il y a conquis une large place ; peu à peu la caste a triomphé de son opposition native, de ses répugnances ; presque toujours elle l'a enveloppé et retenu dans son invincible réseau (24). » La réclusion est très sévère.

Mais actuellement, dans certains pays, comme la Turquie, l'Egypte, surtout dans les hautes classes, un mouvement se dessine en faveur de l'émancipation de la femme.

Qui pourrait mieux aider la femme musulmane dans son évolution, que celles de ses sœurs dont le rôle est de soulager et de guérir toutes les misères, les femmes-médecins, de ne rien détruire sans reconstruire, les missionnaires ?

3 — La Chine

En Chine, la femme est considérée comme un être inférieur. Sa situation est misérable à tous points de vue: moral, social, médical (25).

La polygamie, les mariages précoces, la prostitution se retrouvent avec des variantes dans toutes les provinces.

Les Chinois ont des enfants tant que leur femme (ou leurs femmes) peut en mettre au monde. La stérilité étant à leurs yeux le plus grand des malheurs, ils n'ont pas l'idée antisociale de limiter le nombre

(24) E. Senart. — *Les Castes dans l'Inde.* Paris, 1896, p. 15.
(25) Docteur E. Vincent. — *La médecine en Chine au XXe siècle,* Paris, 1915.

de leurs enfants suivant les ressources du ménage. Là-bas, la grève des berceaux est peut-être la seule inconnue ; on procrée sans souci, pour remplir le devoir de la nature et de la religion des ancêtres (25). Mais la naissance des filles n'est pas toujours accueillie avec autant de plaisir que celle des garçons ; lorsqu'elle est la première enfant, une fillette est souvent tuée ou abandonnée, car l'allaitement durant 3 ans, elle ferait attendre trop longtemps le garçon désiré. On supprime sans scrupule les enfants illégitimes ou monstrueux.

Les avortements volontaires se font sur une vaste échelle à Pékin et dans les grandes villes ; ils sont communs parmi les veuves auxquelles la loi interdit de se remarier.

Les Chinois ne considèrent guère leurs femmes que comme un objet de plaisir ; ils ne se soucient nullement de leur bien-être ou de leur développement personnel.

La religion laisse la femme de côté puisque ce sont les garçons seuls qui perpétuent la famille et continuent le culte des ancêtres. Mais la superstition enveloppe toute l'existence ; les talismans, horoscopes, amulettes de toute sorte sont innombrables ; il y en a pour toutes les circonstances. La médecine, qui participe presque partout à la religion ou à la sorcellerie, en a naturellement sa part très large.

La gynécologie et l'obstétrique sont exclusivement aux mains des sages-femmes. La médecine chinoise

(26) Docteur E. Vincent. — *O. C.*, p. 83.

est fixée par des ouvrages volumineux et n'a, depuis des siècles, subi aucun progrès. Elle est très riche en thérapeutique ; le « formulaire des 10.000 maladies des femmes » et autres traités analogues donnent de nombreuses recettes où l'on dénote parfois un emploi judicieux des plantes. L'acupuncture est un des grands remèdes.

La gynécologie est purement médicale.

L'accouchement, pour ne pas souiller l'habitation de la famille, doit avoir lieu dans un coin retiré de la maison ou dans une case voisine, à l'abri de tout regard masculin. La femme est placée sur une claie élevée de 90 centimètres du sol, sous laquelle on met du charbon allumé dans une marmite. On fait dégager de grandes quantités de vapeur d'eau dans la chambre. Dans le but de faciliter l'accouchement, la femme a dû prendre plusieurs jours avant une poudre dite le « taching », contenant diverses plantes qui varient suivant les cas. L'ergot de riz, de maïs, sont employés contre les dystocies. D'autres remèdes moins judicieux et plus ou moins dégoûtants s'y adjoignent, par exemple la décoction de cheveux torréfiés et pulvérisés.

La délivrance est l'objet d'interventions multiples. Puis l'accoucheuse nettoie la femme avec du linge sec, lui recommande ne pas se laver avant le 12e jour et, si elle est pâle, lui fait avaler une préparation de placenta desséché. Le lever a lieu le 4e jour. L'allaitement commence le 3e ou le 4e jour et dure 2 ou 3 ans. Les abcès du sein sont fréquents. La mortalité maternelle et infantile est considérable. A la

naissance l'enfant trouve, d'après le Dr Morache, avec l'affection de ses parents, leur ignorance et les épidémies, deux choses également meurtrières. On ne lave jamais les nourrissons. Le tétanos ombilical en enlève beaucoup. Les maladies du premier âge sont l'objet d'une thérapeutique symptômatique variée : vermifuges, préparations de bave de crapaud contre les angines, de dépouilles de cigales ou de cadmie retirée des fourneaux à or et à argent contre les ophtalmies ; les pratiques de sorcellerie s'y adjoignent. Mais « tant d'amulettes et de précautions ne préservent pas les enfants de la malpropreté et du manque d'hygiène. Ils ont des maladies de peau de tout genre, maladies dans lesquelles la syphilis s'épanouit superbe. La diphtérie tue beaucoup d'enfants » (27).

D'après Dr Emilie Bretthauer, de Suifu (Est de la Chine) 85 % des enfants meurent en-dessous de deux ans; plus de la moitié, du tétanos au cours des dix premiers jours, ce qui a fait surnommer cette maladie « fièvre du 7e jour ». Et ces morts seraient presque toutes évitables !

4. — Les Indes

L'Inde est avec la Chine le pays qui a le plus excité la compassion des femmes-médecins et à juste titre.

La société est régie dans l'Inde par des lois rigides

(27) Docteur E. Vincent. — *O. C.*, p. 106.

qui pèsent lourdement sur la femme. La caste en est la clé de voûte. Cette institution compénètre la vie sociale, religieuse, matérielle. Il n'y a pas, en fait, d' « outcasts » ; la vie est impossible pour l'individu isolé au milieu de cette organisation de cellules fermées. La caste est gouvernée par une foule de prescriptions complexes, variables et tyranniques à la fois, qui concernent principalement la nourriture et le mariage. Les gens seuls peuvent manger ensemble qui pourraient se marier ensemble. La nourriture ne peut être préparée par des personnes de caste inférieure ; or, les castes sont innombrables, chacune a ses bizarreries spéciales. Aussi, dans les hôpitaux, les malades sont-ils généralement nourris par leurs parents qui les accompagnent et préparent eux-mêmes les aliments. Examiner une malade, lui donner une ordonnance ou un médicament, mélanger plusieurs castes dans une salle de consultations, sont autant de difficultés qui commencent à peine à diminuer dans les villes.

La deuxième loi qui régit la caste est celle du mariage. Les prescriptions visent à garder l'intégrité de la caste et sont d'autant plus sévères que la caste est plus élevée. Il est obligatoire de se marier dans sa caste et interdit de se marier dans la famille (élargie et précisée par une foule de prescriptions arbitraires) qu'on nomme le « gotra ». La polygamie existe en droit et souvent en fait ; le divorce est fréquent dans les castes musulmanes. Mais les deux grands malheurs de la femme, aux Indes, sont le mariage précoce et le veuvage.

Le mariage précoce est une coutume encore presque générale. Les fillettes sont mariées à 8 ans environ dans les campagnes, un peu plus tard dans les hautes castes ou dans les villes. Il y a des enfants qu'on marie au berceau. Le mariage est généralement consommé à la puberté, parfois même avant. Les filles sont mariées à des hommes beaucoup plus âgés.

Le mariage précoce entraîne les maternités précoces à 13, 15 ans, et quoique les femmes indiennes soient développées un peu plus tôt que les européennes, le bassin n'a pas encore acquis ses dimensions normales ; le travail est long, l'enfant meurt souvent, la mère aussi parfois.

Le veuvage est une autre conséquence du mariage des enfants. Or, les veuves ne peuvent se remarier et leur vie, sauf dans les meilleures familles, n'est qu'un long martyre ; aussi les Anglais eurent-ils beaucoup de peine à abolir la coutume de la crémation des veuves.

Les femmes, tout au moins dans les hautes castes, sont soumises à la réclusion. Outre l'obligation déplorable pour leur santé de vivre toujours enfermées dans le zénana, de ne sortir que rarement et voilées, elles ne peuvent donc recevoir les soins des médecins hommes.

Les sages-femmes indigènes sont très ignorantes. Aussi la mortalité est très élevée parmi les femmes mariées jeunes, anémiées par la réclusion, en butte à tous les accidents de grossesses trop précoces et trop rapprochées, sans aide médicale compétente. Le nombre de femmes qui meurent entre 15 et 25 ans

est environ 5 fois celui des hommes qui meurent à cet âge. La moyenne de leur vie n'est guère que de 24-25 ans. Celles qui résistent portent le plus souvent toute leur vie les conséquences du manque de soins et d'hygiène.

La mortalité infantile est très grande : 300 enfants sur 1.000 meurent au cours de la première année dans les campagnes, et 600 dans les villes. Le tétanos ombilical est fréquent. Beaucoup d'enfants meurent sous-alimentés ou intoxiqués par l'opium qu'on leur administre couramment. Les pratiques superstitieuses, l'ignorance, font beaucoup de victimes.

Le gouvernement a créé des hôpitaux dans les grandes villes, les missions ont des œuvres florissantes ; D[rs] R. Young et M. Balfour en ont donné une description très complète dans leur ouvrage « The work of Medical Women in India » (28). Mais tout ceci est encore très disproportionné avec les besoins de cette immense contrée surpeuplée.

C. Mayo, dans « Mother India », se plaçant à un point de vue plus général, trace des Indes un tableau que sa justesse et son opportunité ont d'emblée rendu célèbre. Il est évident, comme elle le remarque, que les idées européennes commencent à s'infiltrer dans les hautes classes, mais bien lentement, parfois à contre-temps, et la condition misérable faite à la femme reste une des causes qui entrave l'évolution des Indes.

(28) Docteurs R. Young and M. Balfour. — *The Work of Medical Women in India* with a foreword by D[r] Mary Scharlieb. Oxford, 1929.

Terminons cet aperçu par la biographie de la première femme-médecin hindoue, Anandibaï Joshee, d'après le récit de Mélanie Lipinska :

Cette pionnière naquit à Poonah le 31 mars 1865. Son père, Gumpatrao Amritsnar Joshee, était un riche propriétaire foncier de Kalyan, au nord de Bombay. La fillette avait l'intelligence vive et ouverte; appartenant à un milieu cultivé, elle fut instruite. A 9 ans on la maria à un veuf de 20 ans plus âgé qui l'aima tendrement. En 1878, à l'âge de 13 ans, elle eut un enfant qui mourut au bout de quelques jours, et dès lors elle résolut de se consacrer à la médecine pour soulager ses compatriotes dont elle avait appris par expérience à connaître la détresse.

Mais paraître en public, suivre des cours, était alors absolument impossible à une femme de haute caste. Soutenue et encouragée par son mari, elle eut à lutter pendant quatre ans contre les préjugés et les traditions de sa famille. Enfin elle partit pour l'Amérique et débarqua à New-York le 4 juin 1883. Elle fit ses études avec beaucoup de succès au Women's Medical College de Pensylvanie, à Philadelphie. Au prix d'efforts considérables, elle les acheva en 1886 malgré plusieurs atteintes de diphtérie et l'épuisement de sa santé; le 1er mars de cette année elle soutenait brillamment sa thèse sur l'obstétrique hindoue. Son mari, Gopal Vinyah, était venu la rejoindre. Elle aurait eu besoin d'un long repos mais elle était pressée de retourner dans son pays. Les autorités de Kolhapur lui offraient la direction de l'Albert Edward Hospital récemment fondé. Elle accepta avec empressement. Mais ses forces étaient épuisées. Après un voyage très pénible elle arrivait à Bomboy le 17 novembre 1886 très affaiblie, et tandis que son mari s'occupait activement de leur réintégration dans leur caste

perdue par le voyage d'outre-mer, elle mourut le 16 février 1887. Son dévouement, son énergie avaient fini par fléchir l'intolérance de ses parents et de ses amis. Elle n'avait pu réaliser ses désirs, mais elle avait travaillé à faire estimer et admirer la cause qu'elle aurait voulu servir.

Depuis, nombreuses ont été ses émules. Pas assez cependant pour avoir obtenu un résultat marquant sur l'ensemble de la population.

Le geste d'Anandibaï Joshee demeure un appel témoignant de l'immense misère dans laquelle sont encore plongées les sœurs de cette femme compatissante.

***

Ce regard jeté sur les différents pays montre que partout où le christianisme n'a pas encore pénétré les institutions et formé les âmes, la femme est dans un état d'infériorité manifeste.

Au point de vue matériel, chez quelques rares peuplades la femme exerce librement son activité. Mais la plupart du temps sa faiblesse est accablée par les travaux les plus pénibles, nul ne prend en considération sa fatigue ou ses peines, la loi même consacre cette infériorité.

Au point de vue moral, religieux, la femme est à plaindre partout ; on lui refuse une âme, on la traite comme un objet de plaisir ou une valeur dont on peut tirer profit. Elle n'a pas la dignité de personne humaine.

Dans le christianisme, au contraire, la femme occupe une situation privilégiée. Il lui a reconnu une âme, il l'a relevée, il a amélioré sa condition ; il lui a aussi rendu sa vraie place en lui confiant très spécialement dans la famille et dans la société toute œuvre de dévouement et de charité. Par là il a résolu la « tragique énigme » psychologique (selon Gina Lombroso), de cette créature altérocentriste dominée naturellement par l'affectivité.

Voilà pourquoi des femmes chrétiennes s'efforcent de porter à leurs sœurs encore « assises à l'ombre de la mort » les bienfaits de la religion. Ce qu'elles leur portent avec leur science et leurs soins, c'est la foi, la beauté morale, plus de bonheur pour les âmes, d'harmonie pour les sociétés, de gloire pour Dieu.

DEUXIÈME PARTIE

LES FEMMES MÉDECINS-MISSIONNAIRES PROTESTANTES

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les premières femmes-médecins missionnaires au siècle dernier furent des protestantes. La raison en est que les études médicales féminines, restées pendant longtemps pleines d'obstacles et relativement rares dans les pays traditionalistes, se développèrent au contraire rapidement en Angleterre et en Amérique qui sont des pays protestants.

D'ailleurs les missions médicales existent depuis longtemps chez les protestants.

Le premier chirurgien anglais partit aux Indes en 1769. Deux des premiers missionnaires envoyés par les sociétés missionnaires anglaises étaient des médecins: le Dr Thomas, parti en 1793, et le Dr Vanderkemp, envoyé en Afrique en 1798.

Mais cet exemple ne fut pas immédiatement suivi. C'est au Dr Peter Parker, envoyé en Chine par l'American Board, qu'appartient tout le mérite d'avoir éveillé en Angleterre le sentiment de l'impor-

tance des missions médicales. A Canton, les foules se pressaient autour de lui. Ses récits enthousiastes excitaient d'autres médecins à l'imiter. A son premier congé, en 1841, il visita Edinburgh et prit une part active à la fondation de l'Edinburgh Medical Missionary Society. Il y avait à cette date seulement 3 médecins pourvus de diplômes anglais dans toutes les missions protestantes.

A dater de la création de l'Edinburgh Medical Missionary Society, les missions médicales se développèrent rapidement.

Lorsque les femmes accédèrent aux diplômes médicaux, la médecine missionnaire était donc déjà bien organisée. Elles se heurtèrent pourtant aux plus grandes difficultés.

Elisabeth Blackwell avait rencontré une opposition systématique lorsque, pleine d'idées charitables et généreuses, elle avait dû s'adresser successivement à 12 Universités avant que la Faculté de Médecine de Genève consentit à lui ouvrir ses portes. Les débuts de sa profession furent non moins pénibles que ses études. Cependant d'autres femmes, de plus en plus nombreuses, suivaient son exemple. Le Collège médical féminin de Pensylvanie, fondé en 1850, voyait affluer les élèves en dépit des sanctions religieuses portées contre les professeurs, étudiantes, anciennes élèves. Dr Elisabeth Shattuck, diplômée en 1854, fut probablement la première femme qui fit des études médicales avec le projet de se consacrer aux missions. A sa sortie du collège médical, elle chercha vainement à obtenir un poste dans un hôpital amé-

ricain pour s'y perfectionner. Cependant, son désir de réaliser son idéal était si grand qu'elle finit par entrer comme infirmière en chef à l'hôpital de Philadelphie. Après trois années de dur travail, quand elle fit sa demande à sa société missionnaire, elle se vit refuser parce qu'elle était femme. Elle fonda alors avec ses collègues une société de missions médicales féminines pour l'Orient. D[r] Clara Swain, de Philadelphie, fut la première qui partit aux Indes en 1869. Le premier hôpital pour femmes Hindoues fut élevé à sa demande par le nabab de Rampore en 1874. D[r] Sarah C. Seward établit à Allahabad, à peu près en ce moment, un dispensaire qu'elle dirigea pendant vingt ans: la voie était ouverte.

En Angleterre, c'est à Edimburgh que débuta le mouvement féministe dont le premier résultat fut l'admission de Miss Jex Blake et de six de ses compagnes à l'Université d'Edinburgh. En 1874, après quelques mois d'un travail paisible, suivis d'orages universitaires et judiciaires, le petit groupe partit pour Londres fonder la London School of Medicine for Women, qui s'ouvrit avec 23 étudiantes. Le Parlement, en 1876, autorisa les femmes à accéder aux diplômes médicaux. Ce petit groupe de pionnières si ardentes, voire même tapageuses, n'avait pas simplement l'ambition de se faire une profession. Elles étaient guidées par l'idéal plus élevé de se dévouer au soin de leurs sœurs souffrantes. De l'apostolat social à l'apostolat missionnaire, il n'y a qu'un pas. Il fut vite franchi.

La Zenana Bible and Medical Mission avait commencé son œuvre médicale aux Indes en 1873. Elle n'employait pas encore de médecins. En 1876, Miss Beilby ouvrit à Lucknow un petit dispensaire qu'elle dirigea avec sa sœur jusqu'en 1881. Quand elle retourna en Angleterre pour son congé, elle était résolue à prendre son diplôme de médecin. Elle était chargée d'un message de la Maharani de Poona pour la reine Victoria. Malade, enfermée dans son palais, la Maharani n'avait pu obtenir aucun soulagement, victime de la réclusion et de la coutume sévère qui interdit aux femmes hindoues de recevoir les soins d'un médecin homme. La reine Victoria demanda l'avis de Lady Dufferin, vice-reine des Indes, qui répondit en décrivant la triste condition des femmes hindoues privées de tout soin éclairé, en butte aux mauvais traitements de sages-femmes ignorantes et brutales. Grâce à l'aide du gouvernement, la construction du Lady Kinnaird Memorial Hospital, à Lucknow, fut commencée en 1888, achevée en 1891.

Lady Dufferin était l'amie de Mrs Bodley, doyenne du Collège médical féminin de Philadelphie, qui s'intéressait vivement aux missions. Sous leur double impulsion, l'assistance médicale se développe rapidement aux Indes. C'est en partie à l'influence de Mrs Bodley qu'il faut attribuer la création, en 1886, sous le patronage de Lady Dufferin, de la National Association for Supplying Female Medical Aid for the Women of India. En 1899, cette Association comptait aux Indes :

94 hôpitaux ;

35 femmes-médecins anglaises ou américaines ;
75 femmes-médecins indigènes ;
117 aides pourvues d'une certaine formation médicale.

Il y avait, en outre, 39 missions médicales féminines.

En Turquie, un iradé impérial de 1893 permit aux femmes d'exercer la médecine. Les Missions médicales s'y fondèrent rapidement.

En 1900, il y avait des femmes-médecins missionnaires en Egypte, en Perse, en Afganistan, au Maroc.

En Chine, l'English Women's Year Book de 1900 mentionne une vingtaine d'Anglaises et autant d'Américaines. La Mission de Shanghaï était alors l'une des plus importantes ; l'hôpital Margaret Williamson, fondé en 1884, était alors desservi par 5 femmes-médecins.

Les Sociétés missionnaires qui n'employaient au début que des médecins hommes acceptèrent bientôt les femmes au même titre.

La Woman's Baptist Missionary Society avait envoyé ses deux premières femmes-médecins en Chine et en Birmanie en 1880.

L'Eglise libre d'Ecosse commença ses missions médicales féminines aux Indes en 1887 et en Mandchourie en 1894. La première femme-médecin de la C. M. S. partit en 1895.

Nous allons voir le développement atteint par les missions médicales féminines, leur organisation, leurs œuvres.

CHAPITRE II

Etat actuel des missions médicales protestantes féminines

---

a) DÉVELOPPEMENT

	En 1900	En 1925
Femmes-médecins	223	356
Médecins-hommes	496	801
Hôpitaux	379	858
Dispensaires	873	1.690

b) ŒUVRE MÉDICALE DES MISSIONS PROTESTANTES EN 1925 (1)

	Asie	Afrique	Océanie	Amérique latine	Amérique du Nord	Turquie (Europe)	Total
Personnel missionnaire	1.557	439	118	72	33	10	2.229
Docteurs hommes	596	142	42	24	10	5	799
Docteurs femmes	321	15	11	6	3		356
Infirmières	640	282	65	42	20	5	1.054
Personnel indigéne	4.271	562	474	190	4	36	6.129
Docteurs hommes	483	8	9	8		5	513
Docteurs femmes	99						99
Infirmiers	2.059	397	163	43			2.656
Infirmières	2.218	157	302	149	4	31	3.861
Hôpitaux	640	136	65	18	17	2	878
Lits	25.600	3.235	1 853	384	119	90	31.264
Malades hospitalisés	295.831	60.247	32.285	4.179	1.49	1.771	394.212
Dispensaires	1.127	387	108	64	18	3	1.666
Consultations	8.075.123	1.957.781	515.484	148.971	5.170	24.783	10.441.533
Léproseries	90	6	7	1			104
Lépreux	7.836	1.946	1.043	52			10.880
Ecoles de médecine	17	1				1	19
Etudiants et étudiantes	890	6				18	914
Ecoles d'infirmières	58	4	6	3		1	72
Elèves infirmiers et infirmières	796	50	195	13		13	1.085

(1) Cf World missionary Atlas. London 1925.

c) PAYS QUI FOURNISSENT LES MISSIONNAIRES

C'est actuellement l'Amérique qui envoie le plus grand nombre de médecins dans les missions.

En 1918, les Sociétés missionnaires américaines fournissaient à elles seules 380 médecins hommes et 171 femmes-médecins, soit 551 médecins (2).

L'Angleterre vient peu après l'Amérique, puis les pays scandinaves, l'Allemagne et la Suisse.

« On a calculé que les Société américaines envoient 1 médecin sur 21 missionnaires, tandis que les Sociétés anglaises envoient 1 médecin sur 40 missionnaires et les Sociétés continentales 1 médecin sur 121 missionnaires. »

---

(2) *Missionary Review of the World.* Oc. 1919.

CHAPITRE III

Les sociétés missionnaires qui emploient des femmes-médecins

Les femmes-médecins missionnaires font presque toutes parties d'une société. Très peu travaillent indépendamment.

Certaines Sociétés missionnaires sont exclusivement médicales : telles sont la Société des médecins missionnaires de Tübingen, la London Medical Missionary Association, l'Edinburgh Medical Missionary Society. Toutefois, ces socétés concentrent leur effort sur la formation de médecins qu'elles fournissent à d'autres Sociétés missionnaires et n'ont pas de missions propres ou n'en ont que de minimes.

La plupart des Sociétés missionnaires comptent une section médicale ; cette section est parfois devenue autonome ; presque toutes emploient hommes et femmes-médecins; quelques-unes sont exclusivement féminines.

A Directory of Medical Missions, en 1927, montrait que sur 111 sociétés employant des médecins, 54 avaient des femmes-médecins en service.

Voici les principales :

Date à laquelle ce rapportent les chiffres	Pays	SOCIÉTÉS	Nombre de femmes médecins en mission	Territoires de mission
1929.	France	Missions Evangéliques de Paris.	1	Cameroun
1929.	Allemagne	Mission de Bâle. Mission de Berlin. Mission Rhénane. Mission pionnière du Soudan.	5	Indes
1929.	Norvège	Det Norske Missionsselskap.	3	Chine
1929.	Danemark	Teltmissionen. Santalmissionen. Danske Missionsselkap.	1 1 2	Indes Indes Indes Mandchourie
1929.	Suède	Svenska Missionsförbundet.	1	Chine
1929.	Ecosse	United Free Church of Scotland.	34	Chine Indes S. Africain
1927.		Church of Scotland.	10	S. Africain
1927.		Episcopal Church of Scotland.	1	S. Africain
1929.		Edinburgh Medical Missionary Society.	1	Palestine
1928.	Irlande	Eglise presbytérienne irlandaise.	10	Mandchourie Indes
1928.	Angleterre	Church Missionary Society.	31	
1927.		Society for the Propagation of the Gospel.	28	
1927.		London Missionary Society.	10	
1927.		Baptist Missionary Society.	13	
1927.		Presbyterian Church of England.	3	
1927.		Universities' Mission to Central Africa.	3	

Date à laquelle se rapportent les chiffres	Pays	SOCIÉTÉS	Nombre de femmes médecins en mission	Territoires de mission
1927.		Christian Missions in Many Lands.	3	
1927.		Friend's Foreign Mission Association.	2	
1929.		Salvation Army.	1	
1927.		Wesleyan Missionary Society.	17	
1929.		Zenana Bible and Medical Missions.	8	Indes
1926		Church of England Zenana Miss. Society.	15	Chine-Indes
1928.	Etats-Unis	Presbyterian Church.	28	Chine, Indes, Corée, Cameroun.
1927.		Methodist Episcopal Church	23	
1929.		Woman's American Baptist Foreign Mission Society.	16	Afrique, Assam, Chine, Indes, Iles Philippines.
1929.		American Board of Commissioners for Foreign Missions (Boston).	17	Chine, Indes, Ceylan, Turquie.
1927.		Board of Foreign Miss. of the United Lutheran Church in America.	7	
1927.		Woman's Union Missionary Society.	4	
1927.		American Madura Mission.	4	
1927.		General Mission Board of the Church of the Brethren.	3	
1927.		Domestic and Foreign Miss. of the Protestant Episcopal Church in the U.S.A.	2	
1927.		Board of For. Miss. of the Reformed Church in America.	2	
1927.		United Christian Missionary Society.	2	
1927.		Autres Sociétés.	5	

Date à laquelle se rapportent les chiffres	Pays	SOCIÉTÉS	Nombre de femmes médecins en mission	Territoires de mission
1927......	Canada	Presbyterian Church.	7	
1927......		Canadian Baptist Foreign Mission Board.	7	
1927......		United Church of Canada.	4	
1927......		Missionary Society of the Church of England in Canada.	2	
1927......	Australie	Board of Missions of the General Assembly of the Presbyterian Church of Australia.	8	
1927......		Methodist Missionary Society.	2	

CHAPITRE IV

Les œuvres des femmes médecins-missionnaires protestantes

D'après une opinion courante, les femmes ne sont guère capables de travail d'ensemble ; leurs facultés s'exercent de préférence sur des particularités ; leur faiblesse a besoin de soutien ; elles sont faites pour le cadre familial. Et de fait la vie quotidienne le confirme souvent.

On peut donc se demander avec quelque raison ce qu'elles ont pu faire dans l'existence indépendante et isolée de médecin-missionnaire, si elles y sont à leur place, si elles ont apporté, elles aussi, leur pierre à l'édifice.

Leurs œuvres donnent la réponse ; soutenues par leur idéal évangélique, les femmes-médecins ont fait dans les missions un travail immense comprenant toutes sortes d'activités médicales : dispensaires, ambulances, visites à domicile, welfare, hôpitaux, écoles d'infirmière, écoles de médecine.

§ 1er. — Les Dispensaires. — Les Ambulances. Les Visites a domicle.

Le dispensaire est généralement le premier stade d'une mission médicale. Souvent il débute sans médecin, installé par un missionnaire quelconque à titre d'œuvre charitable. Mais parfois, comme ce fut le cas pour Dr Agnès Henderson (1) au Punjab, de Dr Anna Scott à Swatow (Chine) et de Dr Ellen Mitchell à Moumlein (Birmanie) (2), le dispensaire est un travail de défrichement, d' « apprivoisement ». Pour préparer une population indifférente à accueillir la parole de Dieu, on envoie un médecin; pour atteindre la population féminine en Chine, aux Indes, en pays musulmans, on envoie une femme-médecin.

Le dispensaire reste rarement longtemps dispensaire. Les malades venus de loin se logent tant bien que mal alentour et l'on finit par construire un hôpital.

Mais l'hôpital ne supprime pas le dispensaire : au contraire, le dispensaire en devient une section très utile.

Il en est de même pour *les tournées médicales.* Lorsqu'elles sont régulièrement assurées par le personnel d'un hôpital disposant d'ambulances bien outillées, ce travail a une valeur médicale incontestable. C'est le cas, par exemple, de l'Ecole de Médecine

(1) Docteur Agnès Henderson of Rappur. — United Free Church of Scotland. Edinburgh, 1926.
(2) *Our Medical Work in the Orient.* Woman's American Baptist Foreign Mission Society. New-York, 1927.

de Vellore, dont l'influence se fait sentir dans toute la région. Mais parfois il s'agit du début d'une mission; les tournées, malgré leur pittoresque, sont souvent ingrates, toujours très pénibles. C'est pourtant le meilleur moyen d'ouvrir un pays en vue de l'établissement ultérieur d'une mission. L'exemple suivant, cité par T. H. Hodgkin (3) en donne une idée :

Dans le Sud de l'Inde, une femme-médecin était partie faire une tournée à 15 kilomètres de sa station. Après avoir soigné une foule de femmes et d'enfants, comme le soir tombait, elle se disposait à retourner à la station lorsqu'elle aperçut quatre hommes portant un fardeau vers sa petite tente. Elle attendit un moment; ils déposèrent à ses pieds un outcast, fils d'un des porteurs, atteint du choléra. Que fit-elle? La charité dicta sa conduite. Laissant toute idée de repartir ce soir-là, elle se consacra au soin de ce pauvre paria; pendant toute la nuit, il n'y eut pas de soin que sa charité ne lui dictât.

Le malade mourut à l'aurore et, au lever du jour, les notables hindous voyant ce qu'elle avait fait l'accablèrent de reproches pour avoir touché le corps impur d'un paria après les consultations données à leurs femmes et à leurs enfants. Ils lui interdirent l'accès du village. Le père du mort, même, emporta le cadavre sans un remerciement.

Elle repartit tristement, se disant qu'au lieu d'avoir ouvert une porte elle venait de la fermer, croyant perdues ses peines de la nuit. Mais six mois après, la famille du défunt était aux pieds du missionnaire, demandant à entrer dans l'Eglise. « Pourquoi venez-vous? demanda-t-il. — Nous n'avions jamais su jusqu'à mainte-

(3) T. H. Hodgkin. — *The way of the Good Physician*. London, Z. B. M. M. (s. d.), p. 88-90.

nant ce qu'était la charité; nous voulons vous appartenir. »

En peu de temps, un millier d'habitants de ce village étaient baptisés et la religion comptait 12 ouvriers de plus, évangélistes, Biblewomen.

La visite des malades incombe aux femmes-médecins, surtout en pays musulman, aux Indes, en Chine. Comme le montre ce trait de Dr Mary Scharlieb, ce n'est pas toujours chose facile :

Aux Indes, un musulman me fit appeler une nuit pour sa jeune femme dont le travail se prolongeait. Comme aucun docteur homme n'avait le droit de la soigner, il espérait que je voudrais bien aller la soulager. Je partis et trouvais ma malade gisant à terre, au milieu de ses parentes et voisines, dans un coin de l'unique chambre où il n'y avait aucun meuble. Je demandais un lit quelconque ou mieux encore une table. Il n'y en avait point. Je dis d'aller en emprunter une; cela parut impossible. Enfin on m'apporta de l'école voisine un banc qui fit une couche très inconfortable pour la pauvre jeune femme. Mais une autre difficulté surgît: la lumière; la seule lampe du logis était un pittoresque petit vase de terre où flottaient quelques brins de coton; un bout de cette mèche, fixée au rebord du récipient, éclairait à peu près autant qu'une allumette. Malheureusement, un mouvement maladroit éteignit cette faible lueur. Mon assistante heurta dans sa précipitation un grand baquet d'eau froide qui aspergea tout le monde à l'entour et je fus laissée dans une obscurité complète pour secourir une patiente et ranimer un enfant à demi-mort... C'est étrange à dire, ils vivent tous les deux (4).

(4) Dr M. Scharlich. — *Dedicated Science*, L. M. S., p. 28.

Dispensaires, ambulances, visites, permettent aux missionnaires d'entrer en contact avec les indigènes. Mais ce contact n'est que superficie, transitoire. C'est à l'hôpital que se fait le travail médical et évangélique le meilleur. Aussi, dès que les circonstances le permettent, les médecins missionnaires organisent-ils des hôpitaux.

§ 2. — Les Hôpitaux.

L'organisation des hôpitaux est très inégale. On rencontre tous les degrés entre la pauvre hutte-dispensaire qui reçoit les malades indigents et les opérés d'urgence, et les vastes bâtiments aménagés selon toutes les règles de l'hygiène et du confort moderne, comme l'hôpital Mengo (Afrique), comme les hôpitaux qui servent d'école d'application aux étudiants et étudiantes en médecine.

Beaucoup fonctionnent avec des lacunes regrettables (5). Mais, pour les juger, il faut tenir compte de ce qu'est le travail missionnaire. Une mission représente une zone de défrichement. C'est un travail de pionnier. Si le rendement matériel est inférieur, faut-il le critiquer ? Faut-il juger sévèrement les hôpitaux mal équipés? Il faut plutôt tenir compte de leur caractère évolutif ; quelques-uns seulement sont déjà parvenus au stade ultime d'organisation parfaite, mais tous tendent à cet idéal.

(5) cf: *International Review of Missions*, Vol. XV, p. 515 et suiv.
Conquest by Healing, 15-3-29, p. 10 et suiv.
Drs R. Young and M. Balfour. *The work of Medical women in India*. Oxford, 1929.

On doit donc plutôt admirer les médecins qui, dans des conditions si différentes de celles où ils ont fait leurs études et pratiqué dans leur pays, ont pu faire face à la tâche qui s'imposait à eux.

Ce travail, si pauvre au point de vue médical parfois, faute de temps, d'argent, de personnel, d'outillage, présente une grande valeur évangélique. Il est un témoignage de charité qui ne peut manquer d'émouvoir les indigènes ; il rend des services inappréciables. L'ingéniosité des médecins missionnaires, spécialement celle des femmes, n'a pas de limites. Malgré le nombre de malades qui ne peuvent recevoir un traitement adéquat, le résultat médical est positif.

Voici, parmi les nombreux exemples que nous pourrions citer, trois récits qui donnent une idée des hôpitaux de mission :

1° *Hôpital de Madura. Rapport de Dr Anna Otto.* (*Missionary Herald,* vol. CXXIV, p. 415 et suiv.)

Nous avons eu un jour — ou plutôt une nuit — de fête dans nos petites existences. Une de nos infirmières cherchait avec une lampe, une taie dans une armoire quand, brusquement, la lumière électrique arriva dans tout l'hôpital. Une telle joie n'arrive qu'une fois dans une vie : immédiatement tout l'hôpital fut sur pied : les malades et leurs parents, les infirmières, s'exclamaient couraient voir l'aspect de chaque chose à cette nouvelle lumière. Il y eut un grand moment de bonheur. L'idée de faire une intervention d'urgence au milieu de la nuit avec cette commodité au lieu de nos petites lampes habituelles nous faisait presque souhaiter une appendicite ou une césarienne !

Peut-être vous demandez-vous ce que faisaient les parents la nuit à l'hôpital? Chaque malade a la permission d'amener avec elle une personne de sa famille. Très peu de malades se font nourrir par l'hôpital : ce sont généralement les parents qui apportent les repas de chez eux ou les préparent dans les cuisines de l'hôpital. Nous ne fournissont pas de lits aux parents, mais ils sont très heureux de coucher auprès du lit de leur malade. Quand l'hôpital est au complet (110 lits), avec les parents, et 43 élèves-infirmières, nous sommes toute une colonie.

Parlant du nombre, je dois ajouter : deux Biblewomen, quatre assistantes, pharmaciennes et anesthésistes ; quarante-cinq orphelins et deux institutrices à l'orphelinat de l'hôpital, « Birds Nest », cinq coolies, jardiniers, domestiques ; D[r] Kennett, l'assistante ; Miss Davide, interne ; six infirmières indiennes ; Miss Rood, infirmière américaine ; D[r] Roberts et moi. De plus D[r] Harriett Parker Vaughan va et vient et tient sa place ici, bien que n'ayant pas de service attitré.

L'hôpital est tout blanc, d'aspect agréable, très bien aménagé. Le pavillon du docteur est confortable et sera frais maintenant qu'on pourra y installer un ventilateur électrique. Par contre, nos infirmières sont insuffisamment logées et il est indispensable d'améliorer cela.

De l'autre côté de la rue, se trouve l'hôpital Albert-Victor, l'hôpital d'hommes de la mission américaine. Il a 40 lits. Il est dirigé par D[r] Edward Wilder aidé de deux assistants indiens, mais n'a pas d'infirmières diplômées. Il y a huit auxiliaires et un évangéliste. Mais imaginez un hôpital tenu uniquement par des hommes! Aussi veillons-nous maintenant à la nourriture et au bien-être du personnel là-bas, sans que cela nous dérange beaucoup. En plus d'une trentaine de malades hospitalisés et d'une consultation quotidienne, D[r] Wilder a ouvert un dispensaire dans un village à 20 km. et

envoie à l'hôpital, soit chez lui, soit chez nous, les malades qui ont besoin d'être surveillés.

Une fois seulement, l'une de nous a pu l'accompagner et cela nous a pleinement convaincues de l'opportunité pressante de ce genre de travail. Malheureusement on ne peut-être en deux endroits à la fois, surtout lorsqu'ils sont tellement éloignés. Aussi voudrait-on chaque jour pouvoir être au moins six jumeaux, avec n'importe quelles capacités, mais tous au travail ici. La vision réelle de ces besoins immenses, ici, sans l'exemple et l'aide du vrai Médecin et la foi en son triomphe à venir, serait vraiment écrasante. Mais nous marchons au jour le jour, sous sa conduite et avec sa force.

2° *Mission Médicale de Foumban.*
Rapport de Mlle Dr J. Debarge, pour l'année 1927.
(*Missions Evangéliques de Paris*)

a) *Considérations générales.* — L'année 1927 marque un progrès. Les constructions indispensables au travail étaient déjà terminées en avril 1927 et le nouveau dispensaire a vu son toit de chaume transformé en toit de tuile en décembre 1927.

Le nombre des infirmières a passé de quatre à dix.

L'activité tant au dispensaire qu'à la salle d'opération s'est maintenue toute l'année assez intense. Les cases pour malades hospitalisés sont toujours occupées et se montrent souvent insuffisantes.

Nous n'avons pas commencé le travail journalier du dispensaire par un culte, craignant d'exercer une pression indiscrète sur les païens et les musulmans qui viennent plus nombreux que les chrétiens ; une prière faite par un infirmier ouvrait le travail.

Mais nous avons reconnu l'erreur de ce point de vue ; nous n'hésitons pas à donner nos drogues dont l'efficacité est souvent douteuse, et nous hésitons à apporter

aux âmes celui qui sera certainement leur libérateur. Aussi, en 1928, commençons-nous toujours le travail en nous adressant aux âmes.

b) *Vue détaillée :*

1° *Locaux :* En remontant de Ndougue, à fin mars 27, nous avons trouvé la salle d'opérations, le laboratoire et la maison des opérés terminés, ainsi que deux nouvelles cases en bambou pour l'hospitalisation des malades et une case pour l'infirmier-chef. Toutes ces maisons, avec le vieux dispensaire et les trois cases d'hospitalisation en briques existant avant, forment un petit village groupé sur la pente Sud-Ouest de la colline de Njissé. Le nouveau dispensaire s'isole sur la pente Nord-Est.

2° *Les infirmiers :* Ils sont dix (sept jeunes gens et trois jeunes filles), animés d'un bon esprit. Seulement, ils n'ont jamais été formés avec méthode, et ils ne sont pas suffisamment surveillés. Je les dirige tant bien que mal au cours du travail et ils ont une heure par jour d'enseignement théorique. L'infirmier-chef m'est un appui précieux par sa conscience, son autorité morale et sa bonne volonté. Les jeunes filles m'aident pour les accouchements, les lessives et la couture.

Un de nos infirmiers Grassfield a été placé, par nous, en octobre 1927, à Bafusam au dispensaire.

J'ai été étonnée de la rapidité avec laquelle les infirmiers indigènes apprenaient à assister aux opérations et comme ils le faisaient bien. Il s'agit de suivre et ni l'intuition, ni la docilité ne leur manquent. Le sens de leur responsabilité personnelle, leur initiative intelligente, l'habitude de faire à fond toutes choses, voilà ce qui doit être développé en eux.

3° *Le travail :* Voici notre horaire : tous les matins (sauf les mercredis et les dimanches) de 8 h. à 12 h., polyclinique au dispensaire. Les lundis et vendredis

après-midi, examens approfondis, traitements demandant du temps, mais sur rendez-vous seulement.

Les mardi et jeudi matin, opérations. Le samedi matin, piqûres intra-veineuses. Je ne dirige donc les consultations que le lundi et le vendredi. Les autres jours, les infirmiers travaillent seuls au dispensaire. Le mercredi, repos le matin, cours l'après-midi. Les après-midi, visites et soins aux malades hospitalisés, surtout pansements.

a) *Polyclinique :* Lorsque nous descendons, vers huit heures, au soleil si clair du matin, la pente rapide et aride de la colline, sur le large chemin fait par les infirmiers, nous trouvons le dispensaire entouré d'hommes et de femmes qui se pressent autour de l'infirmier qui distribue des numéros d'ordre pour entrer. Des turbans et de beaux costumes amples, aux couleurs vives se mêlent à des costumes semi-européanisés, aux gros pagnes harmonieux des femmes dont beaucoup portent leurs bébés ; quelques Grassfiels ou vieux Bamouns n'ont qu'un petit pagne et des malades pauvres, de vieux costumes couleur de terre et en longues franges. Un malade grave est couché dans un hamac indigène, quelquefois un cheval attend comme patient. L'ensemble du coup d'œil est plutôt pittoresque.

Après la prière, le travail commence. Les lépreux, syphilytiques, dysentériques qui viennent pour un traitement chronique entrent sans numéro, directement dans la pièce de gauche où un infirmier leur fait leur piqûre. Les plaies entrent de même pour leur pansement dans la chambre de droite.

Dans la chambre du milieu, où je me tiens, les malades entrent un à un sur présentation du numéro d'ordre. J'interroge (traduite par un infirmier) et examine, et une fois le cas éclaici, le malade reçoit un papier avec son diagnostic et le traitement, papier qu'il présen-

te aux visites suivantes. Le malade examiné se dirige vers la table du fond s'il s'agit de recevoir un remède (deux infirmiers les distribuent), vers la chambre de droite pour les ventouses, pansements, frictions, celle de gauche pour les piqûres.

Tout cela se passe avec ordre et sans trop de bruit ; mais il faut aller vite, aussi, dès qu'un cas est un peu compliqué, je le convoque pour l'après-midi. La moyenne des consultations (quand j'y suis) est de 92.

Voici un pourcentage approximatif des maladies que nous rencontrons le plus souvent :

Syphilis (tertiaire surtout)	20 %
Affections abdominales (entérites, gastrites, helminthiases, hépatites)	9 %
Affections pulmonaires	9 %
Plaies, abcès	9 %
Paludisme (chronique surtout)	7 %
Rhumatisme (chronique)	6 %
Lèpre (maculeuse surtout)	6 %
Dermatites (gale, mucoses, furonculose)	5 %
Affections dentaires, gingivites	4 %
Blennorragie	3 %
Hernies (inguinales surtout)	3 %
Goitres (kystiques)	3 %
Eléphantiasis (scrotal surtout)	2 %
Dysenterie	2 %
Pian	2 %
Affections oculaires	2 %
Névralgies	2 %
Ostéïtes, arthralgies	2 %
Maladies de l'oreille (ext. surtout)	1 %
Lipomes, fibromes utérins, épilepsie	1 %

b) *Opérations :* Voici quelques chiffres : total 76.

Hernies	33
inguinales, presque toutes droites	29
doubles	2
crurale	1
ombilicale	1
Eléphantiasis (scrotaux)	23
Amputations	
de la cuisse	1
du pied	1
de la main	1
désarticulation du genou	2
Lipomes	6
Ostéomyélites	3
Varices	2
Abcès du foie	1
Cystostomie	1
Chéloïde	1
Ganglions	1

Nous opérons toujours sous anesthésie locale

Anesthésies régionales	62
— du plexus brachial	1
Rachianesthésies	13

Nous ne pouvons que nous féliciter de notre jolie salle d'opérations au sol cimenté, aux murs et au plafond boisé et où six fenêtres vitrées donnent beaucoup de lumière sans jamais laisser entrer le soleil. Elle est de petite dimension (4 m. $\times$ 4 m.) mais bien suffisante et facile à tenir propre.

Je fais moi-même toutes les anesthésies. Pendant l'opération un infirmier m'assiste, un autre reste dans la salle pour aider. Nous permettons aux parents du malade d'entrer et nos séances ont une atmosphère familiale et même gaie. Les malades peu nerveux préfèrent l'intervention au traitement médical et c'est rare de trouver de l'appréhension.

Nos résultats sont bons en général, et nous avons l'impression de rendre un réel service à l'homme que nous débarrassons d'un éléphantiasis atteignant quelquefois 40 kgs. Notre mortalité opératoire est pourtant trop forte : 10 %, et, comme sur nos 8 cas de mort, 5 où l'élément mystérieux « shock » avait une grande part, ont suivi des rachianesthésies, nous avons pensé que notre technique était insuffisante.

Nous obtenons très facilement de nos opérés des hernies, le décubitus dorsal pendant une semaine et, dans nos conditions très rudimentaires (cases indigènes, lit indigène de bambou sans literie, couvertures traînant à terre), je suis étonnée de la bonne marche de la cicatrisation.

c) *Malades hospitalisés :* Outre 20 à 30 Grassfields venant de villages éloignés de 70 à 150 km. pour se faire soigner (syphilis et pian pour la plupart) et qui logent sur la station, nous avons toujours une dizaine de

Bamouns hospitalisés. Le plus souvent pneumonies, abcès graves, infections sérieuses, cas obstétricaux normaux ou anormaux.

Peu de femmes viennent accoucher à la mission et je suis dans la triste obligation de m'en féliciter. Un accouchement demande, en effet, beaucoup de temps libre et des mains n'ayant rien touché de septique, deux conditions qu'il ne m'est possible de réaliser que le dimanche.

Les cas obstétricaux sont les seules urgences que nous ayons avec quelques morsures de serpents qui toutes guérissent (sérum Calmette).

4° En terminant, nous tenons à dire un mot du Grassfield. Ce vaste pays très peuplé que ravagent la syphilis et le pian, ne peut être laissé plus longtemps sans secours médical... ce qu'il nous faut trouver, c'est un médecin.

Nous demandons à Dieu de réaliser cette prière et de nous donner un médecin pour le Grassfield. Nous lui demandons de permettre que notre effort à Foumban devienne plus consciencieux et surtout plus pénétré de son amour et de son esprit, et qu'ainsi les âmes soient éclairées et libérées, même si les corps ne sont pas guéris.

3. *Autobiographie de Miss J. Gray, médecin-missionnaire aux Indes* (*Z. B. M. M.*)

« *La voie montera-t-elle donc toujours ? Oui, jusqu'au bout.* »

Je suis née le 30 décembre 1858, dans un presbytère à Bathgate, en Ecosse. Mes parents, dont j'étais la première enfant, me vouèrent aux missions médicales mais ne me le dirent pas dès mon enfance. Ma mère était la dernière fille d'un médecin d'Edinburgh qui mourut lorsqu'elle avait environ trois ans. J'avais 6 mois lorsque mes parents allèrent habiter Carishook; j'y demeu-

rais jusqu'à huit ans. Ma mère allait, chaque année, rendre visite à sir James Simpson. Quand j'étais petite, elle me parlait souvent de lui, et aussi d'Henry Faurett, de Luther. Et surtout, elle tâchait d'inculquer à ses enfants la bonté, car dans notre famille il y avait des membres appartenant à l'Eglise d'Ecosse, d'autres étaient Huguenots français ou puritains anglais.

Avant de penser aux études médicales, j'avais été orientée vers l'enseignement et fis quantité de choses différentes.

J'avais comme amie, une américaine, pour laquelle j'avais une vive affection. Je croyais qu'elle resterait toujours en Angleterre, mais elle dû retourner en Amérique et, à ce moment, je décidai d'entreprendre un travail qui absorberait toutes mes forces et auquel je pourrais me dévouer entièrement. Pensant que la carrière médicale pourrait le réaliser, je priais, demandant à Dieu de me permettre de devenir docteur, lui promettant d'aller là où le besoin de secours médical se ferait le plus sentir. Ayant lu quelques publications émouvantes de la Zenana Bible and Medical Mission, j'entrai dans cette société en 1888 et commençai mes études à la London School of Medicine for Women et au Royal Free Hospital. J'obtenais mon diplôme le 21 juillet 1892 et partis aux Indes à l'automne suivant.

L'hôpital où j'arrivais avait été construit en 1891, dans la province de Bénarès, près du village chrétien de Sigra. Nous tenions un dispensaire deux fois par semaine dans le quartier des Brahmines. Nous louâmes quelques pièces pour ouvrir une école ; plus de cent fillettes Brahmines y vinrent. Le dispensaire était fréquenté par des malades de haute caste ; elles ne voulaient pas recevoir les ordonnances ou les médicaments de mes mains, mais les acceptaient avec plaisir des mains de notre servante, une Brahmine, qui leur donnait aussi des tracts en hindou.

Le dispensaire de la ville avait lieu seulement le lundi et le jeudi. A l'hôpital, les consultations étaient le mardi et le vendredi ; les malades y accouraient en foule, 150 par jour et plus, parfois de très loin. Il fallait de longues heures pour les voir. En été, je commençais à 6 h. du matin ; j'en faisais entrer vingt à la fois et je les faisais asseoir par terre, tout autour de la salle. En les voyant aussi vite que possible, j'arrivais rarement à en passer plus de vingt à l'heure, bien que je fusse devenue très habile. Il était parfois 5 heures de l'après-midi avant que j'aie terminé. A la fin, nous eûmes des aides pour la chirurgie, et le travail put se faire plus rapidement.

Pendant que j'examinais les malades, une missionnaire anglaise ou une Biblewomen indienne expliquait la religion à celles qui attendaient. On chantait des hymnes en Hindou et en Urdu. Elle montrait des images, racontait des histoires de la Bible. Ces femmes écoutaient avec attention. Qui peut savoir jusqu'où était porté le bon grain !

Les malades qui avaient passé un certain temps à l'hôpital repartaient avec instruction religieuse suivie, et beaucoup se proposaient fermement d'être chrétiennes.

Les infirmières étaient chrétiennes, car des chrétiennes seules pouvaient toucher les malades de toute caste et les soigner avec un dévouement suffisant.

Une de mes assistantes, une anglaise qui partit aux Indes en 1886 et qui est toujours au travail là-bas, me disait qu'elle n'aurait jamais imaginé rencontrer autant de difficultés, mais que, même s'il y en avait plus encore, elle choisirait avec joie la carrière missionnaire.

C'est un travail qui vous passionne, et qui se développe sans cesse ; plus vous le faites, plus vous l'aimez. Je voudrais que plus de médecins s'intéressent aux missions. N'est-ce pas triste de voir qu'il y a plus de méde-

cins dans un seul quartier de Londres que dans toute l'Asie, l'Afrique ou l'Océanie ? Et pourtant, ils seraient si nécessaires là-bas ! Et aux Indes, le travail médical est bien plus intéressant que celui qu'on peut faire en Europe ; le médecin fait des opérations nombreuses, même dans des cas qui, chez nous, reviendraient aux spécialistes ; et tout se passe très bien.

§ 3. — L'Enseignement médical.

Il semble que l'enseignement médical devrait être la première préoccupation des médecins missionnaires. Malheureusement les difficultés de sa réalisation en font, tout au moins à son degré d'organisation complète, le dernier en date.

Les deux œuvres importantes d'enseignement médical sont les écoles d'infirmières et les écoles de médecine.

a) *Les écoles d'infirmières.* — La formation d'infirmières est l'objet d'une attention croissante en mission de même qu'en Europe.

Le nombre d'infirmières missionnaires est relativement faible, comparé à celui des médecins : 1.175 docteurs et 1.054 infirmières, alors que pour un seul médecin il faut en réalité l'aide de plusieurs infirmières. Cela met le médecin missionnaire dans la nécessité de tout faire par lui-même ou de se former un personnel auxiliaire indigène. Très utile pour les dispensaires, les ambulances, ce personnel est indispensable pour les hôpitaux.

1925	INFIRMIÈRES INDIGÈNES	INFIRMIERS	ECOLES	ELÈVES
Asie	2.218	2.053	58	796
Océanie	302	103	6	195
Amérique du Sud ..	149	43	3	13
Amérique du Nord ..	4			
Turquie d'Europe ..	31		1	13
Afrique	157	397	4	50
Total	2.861	2.656		1.067 élèves

b) *Les écoles de médecine.* — Les missions ne peuvent établir partout des écoles de médecine. Dans certains pays, bien que le travail médical soit d'origine missionnaire (Madagascar par exemple), les missions ne peuvent légalement diriger des écoles de médecine. Dans d'autres régions, les missions atteignent à peine le degré de développement qui leur permettrait d'envisager ce genre de travail.

Toutefois l'enseignement médical existe, en tant qu'œuvre missionnaire, et la Chine et les Indes comptent des écoles chrétiennes féminines de médecine fondées par des femmes-médecins missionnaires.

En Chine, il existe 3 écoles de médecine pour femmes chrétiennes :

Le Hackett Medical College for Women, à Canton, fondé par Dr Mary Fulton en 1902 ;

L'Union Medical School de Shanghaï, qui possède comme école d'application le Margaret Williamson Hospital, un des plus anciens hôpitaux de mission ;

L'Union Medical College de Pékin, aménagé en 1919, subventionné depuis 1921 par la Fondation Rockfeller, qui en a fait l'un des plus beaux du monde.

Aux Indes, les étudiantes sont admises dans les Universités mixtes ; mais il existe généralement pour elles une section spéciale. Les femmes-médecins missionnaires ont fondé les 2 écoles féminines de Ludhiana et de Vellore.

Le *Woman's Christian Medical College de Ludhiana,* ouvert en 1894, est l'aboutissant des efforts de Miss Hewlett, missionnaire de la C. E. Z. M. S. dans l'Amristar. Sous l'impulsion de la doyenne, D[r] Edith Brown, ce Collège s'est merveilleusement développé.

Actuellement, il occupe de vastes bâtiments aménagés selon les données les plus modernes. Il comprend une organisation complète : hôpital, dispensaire, école de médecine, de pharmacie, école de sages-femmes, d'infirmières ; logements pour le personnel et les élèves, salles et terrains de sports ; œuvres annexes (crèche, orphelinat). Il assure des tournées médicales et évangéliques régulières dans les villages environnants. Son activité religieuse égale son travail médical.

Les études de médecine durent 4 ans. L'école comptait :

En 1925, 194 élèves, dont 74 étudiantes en médecine.

En 1926, 185 élèves, dont 82 étudiantes en médecine.

En 1926, les statistiques de l'hôpital étaient les suivantes :

Malades hospitalisés	2.233
Accouchements en ville	222
Moyenne de malades par jour	112
Malades nourries par l'hôpital	1.209
Décès	107
Consultations	92.595

En 1928, l'école avait déjà formé :

182 femmes-médecins ;

113 pharmaciennes ;

129 infirmières ;

361 sages-femmes et « dais » (sages-femmes indigènes).

Evidemment, toutes ne donnent pas satisfaction ; il y a bien des mécomptes ; cependant, selon le mot d'un médecin-chef à propos de son assistante, ancienne élève de Ludhiana, il semble que là on ait trouvé le secret de former « de belles âmes autant que de bons médecins ». Mais « c'est parce que Ludhiana est un collège chrétien ; la médecine pour elle-même et la médecine pour l'amour du Christ sont deux choses très différentes, qui ne peuvent donner les mêmes résultats. » (Rapport de Miss Craske sur le voyage qu'elle fit aux Indes, en compagnie de D[r] Edith Brown, pour visiter dans 33 postes 44 anciennes élèves de Ludhiana) (6).

Non moins admirable est le travail fait à *Vellore.* Le Women's Medical College, de fondation plus récente (1918), est l'œuvre de D[r] Ida Scudder. Il y a actuellement 83 élèves à l'Ecole ; 95 femmes-

(6) *Conquest by Healing.* Vol. VI, p. 19.

médecins en sont déjà sorties diplômées ; 41 travaillent dans les hôpitaux de mission, 40 dans ceux du gouvernement, 5 font de la clientèle, 19 mariées exercent leur profession, 2 sont mortes.

C'est partout le but du missionnaire de former des auxiliaires indigènes qui soient un jour assez forts pour pouvoir se passer de lui et lui permettre d'aller travailler plus loin. Mais pratiquement le problème est assez délicat. Il faut admirer la solution qu'y ont apportée les femmes-médecins missionnaires : former des docteurs indigènes dans des collèges chrétiens pour en faire des missionnaires sur place. C'est là un travail d'une immense portée.

TROISIÈME PARTIE

LES FEMMES MÉDECINS-MISSIONNAIRES CATHOLIQUES

CHAPITRE PREMIER

Historique

« Les missions catholiques n'ont rien qui corresponde au millier de médecins, hommes et hemmes, que possèdent les Sociétés missionnaires protestantes, mais elles disposent, dans leurs milliers de religieuses, d'une force bien plus considérable engagée au soin des malades (1). »

Cette appréciation d'un protestant n'est plus que partiellement exacte. L'Eglise catholique, elle aussi, compte des médecins missionnaires. Toutefois, il est vrai que son apostolat médical s'exerce principalement d'une façon plus humble par le ministère des religieuses. Catholiques et protestants n'ont pas mis en pratique de la même manière le « curate infirmos » du Maître. Alors que les missions médicales protestantes nées au siècle dernier se sont organisées d'emblée suivant les nécessités modernes, celles des

(1) *International Review of Missions*, Vol. I, p. 363.

catholiques, qui ont 20 siècles d'existence et de tradition, ont été plus lentes à s'adapter.

Saint Luc fut le premier médecin missionnaire. Les femmes, dès la primitive Eglise, prirent une part active à l'évangélisation. Il y avait dans la Rome païenne des « medicæ » dont les inscriptions funéraires nous ont conservé quelques noms (2) ; Sainte-Théodosia, mère de Saint Procope, martyr, exerçait avec beaucoup de succès la médecine et la chirurgie. Elle mourut par le glaive en 312, sous la persécution de Dioclétien. Ces chrétiennes des premiers siècles furent sur place de véritables missionnaires. C'est à l'une d'elles, Fabiola, que l'on doit la fondation du premier hôpital à Ossie vers 380 (3). La visite et le soin des malades incombaient alors principalement aux veuves, aux diaconesses (4).

Au Moyen Age, l'histoire des missions est presque uniquement bénédictine. Lorsque Grégoire le Grand envoya Saint-Augustin et 40 moines à la conquête spirituelle des Anglo-Saxons, les moniales participèrent largement à ce mouvement et quelques années après l'arrivée des Bénédictins en Angleterre, nous voyons s'ériger des monastères de femmes qui paient leur tribut de louange à Dieu et s'adonnent à toutes les œuvres de charité. De même lors de l'évangélisation de l'Europe centrale. « Peut-être, dit G. Kurth, les annales de la sainteté et de la haute culture intel-

(2) Mél. Lipinska. — *Histoire des femmes-médecins*, Paris, 1900.
(3) St Jérôme. — *Lettres*, lib. III, ep. 10.
(4) Docteur Mary Cardwell. — *Catholic Church and Diseases*, London C. T. S., 1930.

lectuelle chez la femme n'ont-elles pas de pages plus belles à enregistrer que celles de la vie de ces grandes abbesses et de ces moniales que l'histoire ecclésiastique de Bède et la correspondance de Saint Boniface dépeignent sous des couleurs si sympathiques (5). »

Les reines, comme Sainte Clotilde, Sainte Radegonde, les abbesses comme Herrade de Lansberg, fondèrent des hôpitaux près des monastères ; et les moniales, que leur sainteté plaçait dans des conditions si parfaites de liberté intellectuelle, favorisées par la haute culture alors en cours dans les abbayes, devinrent, du double fait de leur science et de leur charité, des femmes-médecins éminentes. La correspondance et les œuvres de Sainte-Hildegarde (6) en témoignent.

Citons, d'après Mélanie Lipinska (7), le projet fort curieux d'un légiste contemporain de Philippe le Bel, Pierre du Bois, qui visait à organiser des missions féminines médicales laïques. « Dans un mémoire sur le recouvrement de la Terre Sainte, adressé à Edouard I[er], roi d'Angleterre, et antérieur à 1307, date de la mort dudit roi, il propose tout un plan pour mener à bonne fin l'œuvre des Croisades et du même coup réformer l'Eglise. Il met en première ligne, parmi les moyens à employer, la réforme de l'éducation. Les Croisades, selon lui, devaient avoir pour but la conquête morale de l'Orient ; pour cela,

(5) G. Kurth. — *St Boniface.* Coll. des Saints, p. 48.
(6) *Patrologie* de Migne, t. 199. *Causæ et curæ*, Leipzig, 1887.
(7) Mel. Lipinska. — *Histoire des femmes-médecins*, Paris 1900, p. 121.

il fallait y faire pénétrer les idées, les mœurs, la religion de la chrétienté, et quels meilleurs agents de propagande que les femmes ? Donc les filles, admises dès l'âge de 4 ou 5 ans à l'école, y apprendraient, outre la religion, assez de latin pour pouvoir le comprendre, assez de grec, d'hébreu, d'arabe, pour pouvoir converser avec les populations orientales, et puis assez de sciences naturelles, de médecine et de chirurgie pour pouvoir pratiquer l'art de guérir. Ainsi instruites et envoyées en Orient, elles ne manqueraient pas de gagner, comme médecin, par leur science et leur habileté, la confiance des peuples, et par leurs vertus de ramener à la vraie foi. comme épouses et mères, les schismatiques et les infidèles. (*De recuperatione Terræ Sanctæ, Gesta Dei per Francos Hanovriæ*, 1611, in fol. II, 33 et s.).

Mais après le Moyen-Age, le nombre des femmes-médecins diminue en Europe. Les causes de ce changement furent multiples. Toutefois, la lutte des Universités et la protection accordée par les gouvernements à la concurrence professionnelle des hommes durent être les principales. Les femmes se confinent alors dans les rôles plus modestes — qui au moins ne leur furent jamais contestés — de gardes-malades, de guérisseuses plus ou moins savantes. Mais dans leur propre pays ou dans les missions, elles n'ont plus à leur disposition la science médicale et leur œuvre charitable entre dans une phase humble et cachée qui a duré jusqu'à la fin du siècle dernier.

Ce sont deux femmes-médecins protestantes con-

verties au catholicisme. Dr Agnès Mc Laren (8) et Dr Margaret Lamont (9), deux Ecossaises, qui ont travaillé les premières à attirer l'attention des catholiques sur l'opportunité d'envoyer des médecins diplômés, des femmes spécialement, dans les missions. Selon la remarque de Dr Marg. Lamont, « la meilleure partie de leur vie s'est écoulée avant que ce mouvement ait pu s'organiser ».

Mais actuellement, grâce à l'évolution des idées, aux directives de S. S. Pie XI, de nombreuses réalisations en sont commencées de tous côtés (10).

En *Hollande,* une association très active en faveur des missions a été fondée en 1918, une Université Catholique à Nimègue avec son « Missie-Club » en 1923, un bureau des missions et des cours de médecine pour missionnaires à Rotterdam en 1927.

En *Belgique,* l'Aucam intéresse depuis 1925 les étudiants aux questions missionnaires ; l'A. M. M. (Aide Médicale aux Missions) de Bruxelles date de 1926, la FOMULAC (Formation Médicale de l'Université de Louvain au Congo) de 1928.

En *Italie,* depuis longtemps il existe des cours médicaux pour missionnaires à Turin, à Milan, à l'Université de Parme.

En *Allemagne,* l'Assocation médicale en faveur des

(8) Mary Ryan. — *Dr Agnès Mc Laren.* London C. T. S.; et R. P. Cormier, O. P. *Une tertiaire dominicaine, Dr Agnès Mc Laren,* Paris 1913.

(9) Docteur Margaret Lamont. — *Twenty years Medical Work in Mission Countries,* Sanghaï, 1917. *Indian Catholic Medical Missions and Women Doctors.* I. C. T. S., 1919.

(10) Don Ugo Bertini. — *Pie XI et la médecine au service des Missions,* Paris, 1928.

missions, fondée en 1921, a ouvert un Institut médico-missionnaire à Würzburg.

En *Suisse*, une association analogue a organisé des cours pour missionnaires à l'Université de Fribourg et à l'Institut des Missions Etrangères d'Immensee.

En *Hongrie*, près de Budapest, à Budatétény, un Institut de fondation récente a déjà fourni plusieurs médecins aux missions.

En *Amérique*, le Catholic Medical Mission Board a été fondé en 1924. Des cours pour missionnaires ont lieu à l'Université de Georgetown. La Society of Catholic Medical Missionaries date de 1925.

En *Angleterre*, l'Institutum Deiparæ a été fondé en 1925.

En *France*, des cours pour missionnaires ont été organisés à Lille depuis 1926, à Paris en 1928.

Les Congrégations religieuses commencent à suivre ce mouvement; certaines donnent à leurs membres une formation médicale sérieuse ou emploient en mission des médecins laïques.

CHAPITRE II

Extension et nature de l'œuvre médicale des sœurs

a) *Les Sœurs-infirmières.* — L'œuvre médicale considérable accomplie par les religieuses avec des connaissances techniques sommaires, n'entre pas à proprement parler dans notre sujet. Toutefois, il faut y jeter un coup d'œil rapide pour se rendre compte de la manière dont se présente le travail des femmes-médecins dans les missions catholiques. Une femme-médecin missionnaire catholique n'a pas tant, en effet, à créer des missions médicales qu'à diriger et développer des œuvres déjà existantes. C'est à la fois un avantage et un inconvénient.

En 1927, 447 instituts de Sœurs travaillaient dans les missions, soit 28.112 religieuses dont 11.399 indigènes. La plupart de ces instituts ont des œuvres médicales. A la même date il y avait dans les missions 691 hôpitaux avec 283.503 malades, 1.848 dispensaires-pharmacies avec 11.066.749 consultations, 81 léprosaires avec 14.060 lépreux.

Quelques exemples montrent à quoi correspondent ces chiffres:

1° Les *Sœurs Saint-Joseph-de-Cluny*, fondées par la Vén. Mère Javouhey (1) ont en mission 528 religieuses dont 90 employées au soin des malades. Voici le détail de leurs œuvres en 1929:

		Date de fondation		Nombre de sœurs employées
Suisse		1912	Clinique chirurgicale	10
Afrique	St-Louis (Sénégal)	1876	Dispensaire municipal.	2
—	Thiès (Sénégal)	1892	Dispensaire	2
—	Conakry (Guinée)	1893	Dispensaire	2
—	Marana (Madagascar	1911	Léproserie	3
—	Port Victoria (Seychelles)	1861	Hôpital du gouvernement	6
	Inde française			
Asie	Pondichéry	1855	Hôpital du gouvernement Hospice	5
—	Karikal	1886	Hôpital colonial, Hospice	3
—	Chandernagor	1886	Hôpital colonial, Hospice	3
	Inde anglaise			
—	Cuddalore	1907	Hôpital du gouvernement. Hospice	8
—	Cheyur	1904	Dispensaire	2
—	Tindivanam	1898	Dispensaire	2
—	Alladhy	1905	Dispensaire	2
Amérique du Nord	St-Pierre et Miquelon	1826	Hôpital colonial et Hospice	5
Amérique du Sud	Acarouany (Guyane)	1831	Léproserie	
—	Lima (Pérou)	1870	Hôpital de la bienfaisance française	9
Haïti	Jaemel	1916	Hospice-hôpital	5
—	Gonaïves	1891	Hospice - hôpital et dispensaire	6
—	Saint-Marc	1907	Hospice et dispensaire	3
—	Hinche	1925	Hôpital	3
Océanie	Atuona (Iles Marquises)	1920	Préventorium-école	6

(1) George Goyau. — *Un grand homme, Mère Javouhey, apôtre des noirs*. Paris, 1929.

2° *Les Catéchistes missionnaires de Marie Immaculée,* au nombre de 145 dans les missions, ont 17 maisons aux Indes et 2 à Madagascar. Madagascar n'est pas encore organisé au point de vue médical, mais les Sœurs y distribuent fréquemment des remèdes aux indigènes. Dans l'Inde, au contraire, le point de vue médical a pris une grande importance. Les Sœurs ont actuellement à leur charge:

1° Une léproserie, à Kumbakonam, qui abrite une centaine de lépreux; deux sœurs en ont la direction. L'agrandissement des locaux a été décidé par le gouvernement sur le rapport élogieux d'un médecin-inspecteur de Madras.

2° L'hôpital Sainte-Anne, pour femmes et enfants, également à Kumbakonam; une petite maternité y est adjointe. Il y a place pour une cinquantaine de malades. Les sœurs en ont la direction ; le service médical est assuré par une femme-médecin, une assistante et une sage-femme, laïques.

3° Douze dispensaires.

4° Les visites à domicile et les tournées de plusieurs semaines dans les villages dépourvus de secours médicaux.

5° A Nagpur, quatre centres de Welfare; à Madras, la « direction des Nurses » du grand Hôpital et de l'Hospice des Incurables.

Les œuvres médicales des diverses congrégations sont donc considérables. Les Sœurs qui en sont chargées reçoivent généralement maintenant une formation médicale:

Diplôme d'infirmière (ou d'infirmière-visiteuse, ou d'infirmière coloniale);

Diplôme de médecine missionnaire;
Parfois même diplôme de sage-femme.

b) *Les Sœurs-docteurs.* — Plusieurs congrégations ont accueilli récemment des femmes-médecins ou des étudiantes auxquelles elles ont fait compléter leurs études et les emploient avec succès aux missions médicales. En voici quelques exemples:

1° *Les Sœurs du Bon-Pasteur* ont ouvert à Bangalore l'hôpital Sainte-Marthe, il y a une cinquantaine d'années. Pour en assurer le service, deux Sœurs prirent un diplôme médical, autour de 1895; aidées d'une troisième femme-médecin elles dirigent l'hôpital qui est florissant.

2° *Les Franciscaines Missionnaires de Marie* ont une œuvre médicale importante :
(1928) 48 hôpitaux où sont soignés 133.000 malades;
7 léproseries avec 1.745 lépreux ;
6 lazarets avec 2,300 contagieux ;
108 dispensaires où se donnent environ 2.500.000 consultations chaque année.

Elles comptent deux Sœurs-médecins, l'une anglaise, l'autre écossaise, toutes deux diplômées de la London School of Medicine for Women. L'une fait du laboratoire, l'autre, Mère Marie de saint Alban (Dr Isabel Doeg) a desservi pendant un an et demi, aux Indes, le poste de Baramulla comme médecin auxiliaire des Sœurs. Après son entrée dans la congrégation, en 1929, elle est retournée prendre la direction de l'hôpital de Baramulla.

3° *Les Bénédictines Missionnaires de Tützing* (Bavière) ont une Sœur docteur, Sœur Thécla Stinnesbeck. Entrée dans la congrégation avec le diplôme allemand,

elle complèta ses études à l'Institut médico-missionnaire de Würzburg, à l'Ecole de médecine tropicale de Hamburg, et prit à la London School of Medicine for women, un diplôme anglais. Elle dirige actuellement à Ndanda (Est africain) l'hôpital pour indigènes. Elle exerce la chirurgie.

4° *Les Sœurs de Jésus, Marie, Joseph,* ont une religieuse médecin, Sœur Marie du Sacré-Cœur (Dr Mary Glowry), diplômée de l'Université de Melbourne ; elle dirige depuis 1927, aux Indes, l'hôpital de Guntur. En 1928, l'hôpital comptait 874 malades hospitalisés et 40.000 consultations. La présence de Dr Mary Glowry a permis d'étendre considérablement le travail.

5° *Les Sœurs de la charité de Jésus et de Marie de Gand,* ont des missions aux Indes, à Ceylan, et au Congo. L'une des Sœurs est docteur. Voici la petite autobiographie qu'elle nous a aimablement fournie et qui jette un peu de lumière sur la psychologie de ces religieuses-médecins.

« J'ai fait mes études partiellement à l'Université de Gand avant d'entrer en religion, c'est-à-dire les deux années de sciences naturelles et les deux années de candidature en médecine. De février 1922 à août 1923, j'ai interrompu mes études pour faire les mois de postulat et noviciat à la maison des Sœurs de Charité à Gand. Ensuite, j'ai repris mes études à l'Université catholique de Louvain pendant les années académiques 1923-1924, 1924-1925, 1925-1926. En 1926, j'ai obtenu mon diplôme final. Pendant ces trois années j'ai travaillé au laboratoire de bactériologie du professeur R. Bruynoghe à Louvain, et pendant mes vacances au laboratoire du professeur J.-F. Heymans à Gand, à la préparation des thèses en vue de participer au concours interuniversitaire des bourses de voyage. Au concours j'ai réussi à être classée parmi les bénéficiaires.

Depuis décembre 1926, je suis revenue à la maison-mère de Gand et dirige l'école pour infirmières, et travaille à l'organisation de l'Institut médico-chirurgical annexé.

Toutes nos futures sœurs missionnaires destinées au soin des malades suivent les cours de la dite école et obtiennent après trois ans d'études, le diplôme d'infirmière hospitalière ou d'infirmière visiteuse. Après quoi, pour parfaire leur formation professionnelle, elles passent encore leur examen d'infirmière coloniale à l'école de médecine tropicale de Bruxelles. La population actuelle de l'école (1929) s'élève à 84 élèves-infirmières dont 28 demoiselles, 13 religieuses d'ordres divers et 43 Sœurs de Charité. Les cours se donnent en français et en flamand. Le personnel enseignant se compose de 5 médecins-professeurs (j'en suis), de 2 infirmières dont une possède son diplôme d'institutrice. Ces 2 infirmières, toutes deux Sœurs de charité, sont chargées des révisions et répétitions, des cours d'économie domestique théorique et pratique ainsi que des leçons de bandage.

Actuellement nos œuvres au Congo prennent une assez forte extension, spécialement celles du Katanga. A Panda et Lulumbashi, nos sœurs desservent deux hôpitaux de la société de l'Union minière, hôpitaux qui, pour l'organisation, peuvent rivaliser avec les meilleurs hôpitaux européens. A Elisabethville, nous avons également deux cliniques : l'une au centre de la ville pour blancs avec maternité aux installations ultra-modernes et à proximité une école et pensionnat pour enfants européens ; l'autre aux abords de la ville, reçoit la population noire ; en annexe de cet hôpital, s'élève une école pour nègres ainsi qu'une école de formation pour infirmières et infirmiers noirs. Pour vous donner une idée de l'activité de nos missions, je vous dirai que la semaine sainte dix de nos sœurs s'embarquent à Anvers pour

le Congo belge. Je vous assure que j'envie un peu mes consœurs qui peuvent s'en aller au loin semer largement la foi et la charité du Christ. C'est vous dire que j'aspire à la vie de missionnaire. Toutefois l'obéissance que nous avons promise à nos Supérieurs me fait renoncer volontiers au départ, car la volonté de mes Supérieurs m'est aussi sacrée que celle de Dieu, vu que celle-là est l'expression de celle-ci...

Me voilà engagée de plein pied dans les confidences, je m'y abandonne volontiers. Depuis des anneés, bien avant mon entrée en religion (elle remonte à 1922, j'avais alors 24 ans), j'étais torturée par ce désir : faire en tout, partout et toujours la très sainte volonté de Dieu. C'était en pleine guerre ! A ce moment faire la volonté de Dieu était synonyme pour moi d'entrer au couvent. Hélas ! mes parents, quoique profondément chrétiens, n'entendaient pas de cette oreille. Pour faire diversion à cette idée, qu'ils qualifiaient de « fixe et d'hystérique », ils me lancèrent dans l'étude de toutes sortes de sciences : mathématiques, botanique, etc., pour parfaire et achever mes humanités que je n'avais pu terminer à cause de la guerre (j'avais commencé en 1913 à l'Institut Notre-Dame aux Epines d'Ecloo, dirigé par les Sœurs de Charité). En même temps, afin d'éviter une éducation trop unilatérale, je fus inscrite à des cours de dessin et de peinture, de coupe, de modes, et en 1916 je passai un examen d'infirmière. Je fus toujours contente d'augmenter mon bagage scientifique, me disant : plus j'ai de connaissances et plus je saurai faire du bien plus tard lorsque je serai religieuse. A l'armistice, le retour au foyer de trois de mes frères soldats réunit toute la famille et mon projet de départ semblait de plus en plus irréalisable ! Dans l'entretemps, mon père, médecin et professeur d'Université, m'engagea fort à suivre les cours universitaires et de nouveau les obstacles s'accumulèrent de plus en plus. Enfin, découvrant en tout le

vouloir divin — l'avenir me montra que je ne m'étais pas trompée — résolument je commençai mes études de médecine, espérant avec mon diplôme réaliser beaucoup de bien plus tard.

L'Ecriture dit dans ses psaumes : « Celui qui se confie en Dieu ne sera jamais confondu. » J'en fis l'expérience. En 1921, je me rends à Ecloo puor assister à une réunion d'anciennes élèves ; j'apprends par hasard que plusieurs Sœurs de Charité iront à l'Université de Louvain pour suivre les unes des cours de pédagogie, les autres des cours de sciences naturelles, une troisième catégorie des cours de philologie. Ce fut un trait de lumière. « Si je pouvais poursuivre mes études en Sœur de Charité ! » Après quelques jours de prières et après avoir demandé conseil, je m'en ouvre à mes parents. Oh ! surprise ! alors que je m'attendais à de multiples objections, je reçus comme réponse : « A ton âge tu es assez raisonnable pour pouvoir disposer de ta vie. » Et en quelques semaines tout fut arrangé et je fis mon entrée aux Sœurs de Charité. Le départ ne fut pas exempt de cruelles souffrances, mais plus on donne à Dieu et plus on lui prouve son amour. D'ailleurs depuis j'expérimente que plus on est généreux envers le bon Dieu et plus Il l'est envers nous.

Vous me posez la question : « Que pensez-vous des études médicales pour la femme? » Je veux vous dire très simplement ma manière de voir. J'ignore si elle est exacte et digne de foi, vu les circonstances un peu spéciales dans lesquelles j'ai entrepris et poursuivi mes études. Ou bien la femme-médecin se marie et alors ses devoirs d'épouse et de mère de famille demandent qu'elle abandonne sinon complètement au moins partiellement la pratique, ou bien restant jeune fille dans le monde, elle rencontre tant de difficultés que son idéal se rétrécit chaque jour et son humeur et son caractère s'en ressentent... la troisième éventualité est la meilleure, car

« quiconque quitte son père ou sa mère par amour pour moi — dit Jésus — reçoit le centuple en cette vie et la vie éternelle ». Ce centuple, je l'ai moi chaque jour, car bien au delà de mes prévisions je puis utiliser mes connaissances. Les médecins avec qui je travaille, au lieu d'être méfiants comme cela leur arrive à l'égard des femmes-médecins, me confient des travaux délicats et m'associent à leurs expériences, exposent leurs idées et demandent mon avis. Ils m'abandonnent la direction de la clinique ; de mon côté, je ne manque pas de recourir à leurs conseils. Mes journées sont remplies d'œuvres d'apostolat et je me dis bien souvent : « Pas n'est besoin d'aller sous les tropiques pour atteindre les âmes. Une âme de blanc, aux yeux de Dieu, vaut celle d'un noir ; alors, si tel est son bon plaisir, je travaille en Belgique avec la même joie que si j'étais au Congo. »

Il semble que ces quelques Sœurs-docteurs soient les pionnières d'une nouvelle forme d'apostolat missionnaire. Il est probable, maintenant que cette voie est ouverte, que d'autres femmes-médecins chercheront dans la vie religieuse une réalisation plus complète et plus facile de leur idéal charitable. Aussi diverses sociétés médicales féminines en faveur des missions se sont-elles fondées récemment, tâchant d'allier la liberté requise par la profession de docteur aux avantages de la vie religieuse. Nous allons envisager les deux principales.

CHAPITRE III

Sociétés de femmes médecins-missionnaires

1° SOCIETY OF CATHOLIC MEDICAL MISSIONARIES

Dr Agnès Mc Laren, écossaise convertie, visita les Indes à l'âge de 70 ans, en 1909-10, pour se rendre compte de l'opportunité là-bas des missions médicales féminines. Elle établit à Rawalpindi un hôpital de femmes dont le service fut confié, au bout de quelque temps, à Dr Anna Dengel

Née au Tyrol, Dr Anna Dengel avait commencé ses études dans son pays; après deux ans passés à Lyon pour y apprendre le français, sur les conseils de Dr Mc Laren elle alla poursuivre à Cork sa formation médicale. Puis elle partit à Rawalpindi où elle resta trois ans et demi. Elle pu se convaincre là-bas de la tâche immense qui s'offre en Orient, aux femmes catholiques, tant au point de vue temporel que spirituel. Sa sphère d'action lui

apparut comme infinitésimale; elle voyait çà et là d'admirables dévouements isolés, mais pour donner à l'œuvre son plein développement, une organisation s'imposait.

A l'été de 1924, dans un voyage de propagande, elle rencontra le R. P. Michel A. Mathis, C. S. C., à Washington. Le P. Mathis s'était intéressé à l'apostolat médical pendant plusieurs années et venait d'envoyer aux Indes quatre infirmières laïques américaines pour prendre la charge d'un petit hôpital. A la lumière de son expérience et de celle de Dr Anna Dengel, il fut conclu que dans l'état présent des missions catholiques, les femmes-médecins missionnaires pourraient donner à leur apostolat plus de continuité en s'unissant sous l'autorité de l'Eglise. Les Constitutions furent établies, mises en harmonie avec le Droit Canon par le P. Francis Mc Bride, C. S. C., et présentées à S. G. Mgr Michael J. Curley, archevêque de Baltimore. Le 12 juin 1925, l'archevêque approuva la fondation d'une maison de la Société. Le 30 septembre suivant, la maison de la Mission médicale fut canoniquement érigée (1).

Statuts de la Société. — Le but de la Société est d'apporter le secours médical dans tous les cas et sous toutes les formes habituelles sans exception aux chrétiens et aux non-chrétiens en pays reconnu par l'Eglise comme pays de mission et ainsi, par l'exercice de la charité chrétienne envers les malades, de gagner les âmes au Christ.

(1) *Catholic Missions*, février 1929. Trad. in *Annales de la propagation de la Foi*, mai 1929.

Les membres de la Société vivent en communauté et suivent les conseils évangéliques.

Après un an de probation, consacré à la formation spirituelle et apostolique, les candidates promettent solennellement de garder les constitutions et s'engagagent à rester trois ans dans la Société, à aller sans délai en tous lieux où les supérieurs les enverront et à accepter l'emploi qui leur sera confié.

Cette promesse solennelle et ce serment sont renouvelés au bout de trois ans pour une nouvelle période triennale et ensuite à titre perpétuel.

Les constitutions mentionnent expressément comme permis l'exercice de la profession médicale dans toute son étendue, y compris la chirurgie et l'obstétrique.

Les membres portent un simple uniforme d'infirmières.

Comme les membres ne reçoivent aucun salaire, la Société prend charge de leurs besoins comme dans les autres communautés religieuses.

La Société comprend des membres médicaux et non médicaux.

Les membres médicaux doivent avoir un diplôme d'une Université reconnue, comme docteurs, dentistes, sage-femmes, pharmaciennes. Les étudiantes qui se destinent aux missions peuvent aussi être acceptées et aidées.

Les membres non médicaux ne sont pas tenus d'avoir des diplômes spéciaux. Mais ils doivent être prêts à se dévouer au travail non médical nécessairement lié à l'apostolat médical, comme les œuvres sociales, les secrétariats, les tenues de maison.

La vie de la Société. — Dr Anna Dengel publie depuis octobre 1927 : *The Medical Missionary* (10 numéros par an). La Société comprend trois docteurs, une chirurgienne-dentiste, deux étudiantes et une quinzaine d'infirmières. La Société possède un hôpital aux Indes, à Rawalpindi. En 1929, il y eut 307 malades hospitalisés, 8.073 consultations, 27 laparotomies, 36 autres interventions importantes, 138 opérations de petite chirurgie. Une autre mission médicale est établie à Dacca. Nombreuses sont les fondations proposées à la Société.

2° Institutum Deiparae

Les membres de l'Institutum Deiparæ ont pour but de suivre l'exemple du Christ qui vint guérissant les malades et faisant le bien. Dans ce but, elles entreprennent tout travail qui requière une habileté ou des connaissances médicales dans quelque partie du monde où l'Eglise en ait besoin.

Elles essayent de combiner une haute valeur médicale avec la vocation religieuse en observant les vœux de pauvreté, chasteté, et obéissance spéciale au Saint-Siège.

Il y a deux degrés, celui des médecins et celui des infirmières. Toutes les candidates doivent être diplômées avant de prononcer les vœux, mais les étudiantes sont acceptées pour compléter leur formation.

Les moyens employés sont les moyens habituels employés pour guérir les malades et instruire les ignorants.

Au point de vue spirituel, les membres suivent le

Droit Canon autant qu'il est applicable à leur profession.

La Société a été fondée par le P. Agius, docteur. Elle fait à Glascow même, dans la maison Saint-Gérard, une œuvre sociale dont les résultats sont très encourageants.

En janvier 1930, deux femmes-médecins et quatre infirmières ont été envoyées en Rhodésie pour ouvrir un hôpital, une école d'infirmières et une léproserie.

S. S. Pie XI, le jour de la fête de saint Pierre et de saint Paul, en 1928, chargea S. E. l'Archevêque de Glascow de transmettre sa bénédiction spéciale à l'Institutum Deiparae et à tous ses membres.

L'Archevêque de Glascow a approuvé la Société et permis à ses membres de travailler dans son diocèse et d'établir une maison de formation à Glascow.

CHAPITRE IV

Les auxiliaires laïques

Diverses missions emploient des médecins laïques qui leur sont attachés à la suite d'un contrat entre le médecin, homme ou femme, et le supérieur de la Mission ou de la Congrégation missionnaire.

Il existe de plus deux institutions qui ont pour but de procurer des médecins aux missions:

L'Institut médico-missionnaire de Würzburg qui est une maison de formation.

L'Aide Médicale aux Missions, de Bruxelles, qui fournit des médecins aux missions travaillant au Congo belge.

§ 1er. — L'Aide Médicale aux Missions (A. M. M.) (1)

L'A. M. M. a été fondée le 28 mai 1925 par la Société belge de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Da-

(1) *L'Aide Médicale aux Missions,* Bruxelles, 1928.
Voir aussi *l'Aide Médicale aux Missions,* bulletin trimestriel d'information et de documentation publié par le Comité de l'œuvre.

mien. Elle a pour but « de recruter des médecins, infirmiers, infirmières et agents sanitaires, et de donner aux missions dans l'œuvre de miséricorde qu'elles s'efforcent de réaliser tous genres de secours (matériel hospitalier, etc.) en se faisant leur auxiliaire dans l'assistance médicale des indigènes dont les missionnaires ont toujours été d'ardents pionniers » (*Statuts*, art. 2).

La partie délicate du travail de la Société est le recrutement du personnel médical missionnaire. Les conditions faites aux candidats étant, grâce au concours du gouvernement, assez avantageuses, de nombreuses demandes sont parvenues à l'A. M. M. Mais il ne s'agit pas simplement d'envoyer des fonctionnaires remplir des postes au Congo, l'A. M. M. cherche de véritables vocations missionnaires chez des sujets de valeur professionnelle et morale certaines.

En 1929, 10 postes avaient été pourvus de médecins par ses soins.

Elle avait envoyé au Congo quatre infirmières: infirmières coloniales, infirmières-accoucheuses. La première, Mlle B. Loppe, mourut au Congo quelques mois après son arrivée.

L'œuvre de l'A. M. M. est en voie d'extension. Les résultats qu'elle a déjà obtenus au Congo sont le meilleur éloge de son organisation et de l'esprit qui l'anime.

Il existe en Belgique une autre fondation récente, la *F. M. U. L. A. C.* (2) (*Fondation Médicale de l'Uni-*

(2) Fomulac. — *Rapports présentés à l'Assemblée générale du 22 mai 1927 et du 27 mai 1928.*

versité de Louvain au Congo), destinée à recruter, parmi les étudiants catholiques, des médecins missionnaires et coloniaux.

La F. M. U. L. A. C., créée le 15 juin 1926, fait de la propagande universitaire en faveur des missions et permet aux étudiants en médecine de faire des stages d'études de dix mois au Congo.

L'hôpital-école a été ouvert à Kisantu, près de la mission des Pères jésuites.

§ 2. — L'Institut Médico-Missionnaire de Würzburg

Le 1[er] juillet 1921, une centaine de médecins fondaient à Aix-la-Chapelle une association en faveur de l'assistance médicale pour les missions (Katholische Deutscher Verein für Missionsärztliche Fürsorge). Le 26 janvier 1922, l'Association tint à Würzburg une conférence en vue d'établir dans cette ville un Institut médico-missionnaire qui serait rattaché à l'Université et à l'hôpital Saint-Jules (3).

Une maison d'étudiants fut ouverte provisoirement au début de l'année scolaire 1922-23 tandis qu'était commencée la construction de bâtiments plus vastes et mieux en rapport avec le but poursuivi.

La nouvelle maison fut inaugurée le 3 décembre 1928. Elle comprend des salles d'études, des cours, des laboratoires, des chambres pour 60 médecins. Un logement est prévu pour les membres rapatriés en cas

(3) Mgr Becker. — *Missionsärztliche Kulturarbeit*. Würzburg, 1928.
Voir aussi le *Jahrbuch* publié par Mgr Becker depuis 1924.

de maladie. L'Institut reste une sorte de maison mère pour ses élèves.

L'Institut est la propriété de la K. V. M. F. ; il est dirigé par Mgr. Becker, S. D. S., ancien préfet apostolique d'Assam.

La K. V. M. F. et l'Institut publient des Annales Katholische Missionsärztliche Fursorge et la Chronique de médecine missionnaire de la revue *Katholische Missionen.*

Mgr. Becker publie depuis 1924 un annuaire qui constitue la meilleure source d'information, non seulement sur l'activité de l'Institut mais sur la médecine missionnaire dans le monde entier.

Il existe à l'Institut des cours d'infirmière pour les Sœurs missionnaires, des cours d'infirmier pour les Frères, des cours abrégés pour les prêtres. L'Institut se charge de l'examen d'aptitude des partants. Il fournit des livres, microscopes et matériel de pansement à ses anciens élèves et aux congrégations missionnaires.

En 1928-29, l'Institut comptait :

Semestre d'été 1928	*Semestre d'hiver* 1928-29
A l'Institut :	A l'Institut :
22 médecins;	29 étudiants;
1 femme-médecin;	2 étudiantes.
2 étudiantes.	
A d'autres Universités :	A d'autres Universités :
6 membres.	12 membres.

L'Institut a déjà fourni aux Missions une vingtaine de médecins dont 2 femmes.

Dr Anna Heukamp travaille avec beaucoup de succès à Aliwal North (hôpital pour noirs) et dans le district de Herschell (50.000 noirs), où elle va tous les 15 jours desservant au passage deux autres stations.

Docteur Anna Heukamp n'était aidée, au début, que par une Sœur-infirmière et un boy. Deux autres religieuses ont été envoyées à son aide, mais elle aurait grand besoin d'une assistante. Elle soigne presque exclusivement les indigènes. Voici le bilan de son travail en 1928 :

Aliwal : 2.230 consultations ;

Visite hebdomadaire de 400 huttes de noirs;

A l'hôpital : 70 malades avec 958 jours de traitement.

Herschell : 2.138 malades traités.

Bensonvale et Gatberg : visite hebdomadaire.

Mgr Demont, préfet apostolique de Gariep, loue beaucoup l'apostolat de Mlle Heukamp. A son avis, dans les missions, la femme-médecin est aussi utile que le médecin, et même davantage au début. Il estime que la présence de Dr Anna Henkamp est une vraie bénédiction pour la Mission.

Dr Anna Roggen, qui avait été l'un des premiers membres de l'Institut, est morte en 1929.

Née le 3 novembre 1897 à Aix-la-Chapelle, elle y passa d'heureuses années auprès de ses parents, de ses frère et sœur. En 1908, sa famille étant allée demeurer à Cologne, elle suivit dans cette ville les cours des Ursulines et commença à s'intéresser aux missions. A Pâques 1917, elle entreprenait ses études médicales à l'Université de Bonn. En 1918, elle passait à la Faculté de Würzburg mais tomba gravement malade. Après une interruption d'une année, elle passa ses examens à Bonn en 1920 et fit un semestre de clinique à Fribourg-en-Brisgau. Puis elle resta deux ans à Cologne comme assistante dans des services de chirurgie, de médecine. Au cours de ses études elles ne perdait pas de vue son idéal missionnaire. La brochure de Mgr Becker sur les mis-

sions médicales lui montra qu'elle n'était pas seule à nourrir cette idée : aussi, en août 1922, elle assistait, à Aix-la-Chapelle, à la Journée de la Ligue médico-missionnaire et se promit de se rendre à Würzburg le plus tôt possible. En 1923, elle rentrait à l'Institut.

Dès les premiers mois de son séjour là-bas, elle fut demandée pour le Japon; toute joyeuse, elle faisait ses préparatifs de départ lorsque le Supérieur de la Mission envoya un contre-ordre. Cependant, Docteur Anna Roggen ne perdait pas courage et bientôt elle fut demandée pour la mission de Santaremo, au Brésil, parmi les Indiens. Elle accepta, suivit les cours de médecine tropicale de Hamburg et s'embarqua en février 1925. Mais après six mois de travail pénible, le diplôme brésilien étant exigé dans la mission, elle dut résilier son engagement et revenir à Wüzburg en juin 1927. En juillet 1928, sur la demande des Franciscaines Missionnaires de Marie, elle partit pour Tsinanfu (Chine). Elle y arrivait au mois de décembre. Un accueil solennel lui avait été préparé. Sa première impression fut excellente. Très rapidement elle gagna la confiance des indigènes, réussit plusieurs interventions délicates, la Mission se réjouissait de sa présence. Hélas ! une mort prématurée coupa court aux espérances les plus légitimes. Le 13 janvier 1928, elle était emportée après trois jours de maladie par une pneumonie ; elle était restée seulement 38 jours au poste si longtemps et si généreusement cherché. Mgr Becker termine ainsi la notice qu'il lui a consacrée dans le Jarbuch de 1929 : « Une rare beauté d'âme, c'était l'impression qu'elle laissait. Une piété profonde, une gaieté inaltérable gagnaient tous les cœurs. Son amour et sa bonté maternelle pour ses malades étaient infinis. Mulier fortis. Tous garderont d'elle un profond souvenir, et son héroïsme donne confiance à la Mission si douloureusement éprouvée que son exemple suscitera des émules qui la remplaceront. Sanguis martyrum semen Christianorum. »

Conclusions

Nous avons vu que les femmes-médecins travaillent nombreuses dans les Missions :

les protestantes depuis plus de 60 ans;

les catholiques surtout depuis une dizaine d'années.

Quels résultats ont-elles obtenu ?

Qu'y ont-elles trouvé elles-mêmes?

C'est à ces deux questions que nous voudrions tenter de répondre à la lumière des faits.

1° *Quels résultats ont-elles obtenu?*

a) *Au point de vue missionnaire,* les sociétés protestantes, les Congrégations et Supérieurs de mission catholiques sont unanimes à reconnaître que le dévouement, l'intuition, la charité des femmes-médecins est une méthode excellente de pénétration chez les indigènes, spécialement dans les pays où les femmes sont soumises à la réclusion.

b) *Au point de vue médical,* nous avons vu que les femmes-médecins ont fondé des œuvres d'assistance de toutes sortes :

Dispensaires, tournées médicales, visite des malades;

Hôpitaux;

Ecoles d'infirmières et de sages-femmes;

Ecoles de médecine.

Au double point de vue missionnaires et médical, les résultats sont donc positifs.

2° *Qu'ont-elles trouvé elles-mêmes dans les Missions?*

On pourrait se le demander, car l'exercice d'une profession indépendante n'est ordinairement pas capable à lui seul de remplir une existence féminine. D'autre part. il est évident que la carrière missionnaire offre des souffrances nombreuses : maladies, pauvreté, travail intensif sous des climats épuisants, solitude, incompréhension... la liste en serait longue.

Pourtant, malgré cela, les femmes-médecins qui se sont vouées aux Missions par amour de Dieu et de leur lointain prochain, sont unanimes à témoigner d'une joie rayonnante : joie d'exercer leur activité dans un but élevé, joie du bien accompli autour d'elles, joie de se donner totalement à une belle cause, joie du dévouement, de la charité, joie surnaturelle enfin. C'est un fait. Elles semblent avoir trouvé la satisfaction de leur besoin d'affectivité et l'appui indispensable à la faiblesse féminine. C'est grâce à cet équilibre de leur personnalité réalisé dans un plan supérieur qu'elles ont eu une existence belle et utile. Et « peut-être », comme le remarquaient Drs R. Young et M. Balfour à propos des missionnaires

protestantes aux Indes, « la meilleure partie de leur œuvre consiste-t-elle dans l'influence qu'elles ont exercée sur les milliers de malades avec lesquels elles sont entrées en contact. »

Vu :
Le Doyen,
Jean LEPINE.

Le Président de la Thèse,
LEPINE.

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 21 Novembre 1930

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
Joseph GHEUSI.

Bibliographie

1° MISSIONS MÉDICALES FÉMININES PROTESTANTES

ALLEN (Belle J) M. D. — *A Crusade of Compassion for the Healing of the Nations.* Central Committee of the United Study of Foreign Missions, West Medford, Mass. 1919.

BOOTH-TUCKER (F.). — *Muktifauj or forty years with the Salvation Army in India and Ceylon.* London (s. d.).

COLLARD (Armand). — *Le mouvement social dans le protestantisme français.* Th. droit. Dijon, 1909.

Directory (A) of médical Missions. London, 1927.

FONTANGES (Harryett). — *Les femmes-docteurs en médecine dans tous les pays.* Paris, 1901.

HARDING (H.-G.). — *The story of the C. M. S. Medical Missions.* London, 1921 (C. M. S.).

HODGKIN (Henry-T.). — *The way of the Good Physician.* London, (Z. B. M. M.), (s. d.).

LATHROP BISHOP (Mary). — *Our work in Orient,* 1927-1928, et *Our medical work in Orient,* New-York. (Woman's American Baptist Foreign Mission Society).

LIPINSKA (Mélanie). — *Histoire des femmes-médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.* Paris, 1900, et Thèse Médicale, Paris, 1900-1901.

Ludhiana. — *The Report for the 33rd year of the Women's Christian Medical College.* 1926-1927.

MISSIONNARY COUNCIL. — *The World Call to the Church.*

— *The Call from Africa.*

— *The Call from India.*

— *The Call from the Far East.*

— *The Call from the Moslem World.*

— *The World Call and the Medical Profession.*

— *The World Call and the Woman Missionary.*

MISSION SUISSE ROMANDE. — *Cinquante ans après.* 1875-1925. Lausanne, 1925.

— *Il y a 50 ans et aujourd'hui.* Rapport présenté à l'occasion du jubilé de la Mission Suisse Romande. Lausanne, 1925.

— *Rapport annuel. Exercice 1928.* Lausanne 1929.

OLPP (Prof^r^). — *Die Deutsche Evangelische Arztliche Mission.* Tübingen, 1928.

Salvation Army Year Book. London 1928.

UNITED FREE CHURCH OF SCOTLAND. — *Report on Foreign Missions for 1927.* Edinburgh, 1928.

— *Dr Agnes Henderson of Nagpur.* Edinburgh, 1927.

Vellore. — *Women's Medical College.*

World Missionary Atlas. London, 1925.

REVUES :

Conquest by Healing (L. M. M. A.).

Die Arztliche Mission. (Tübingen).

Homes of the East.

India's Women and China Daughters.

International Review of Missions.

Journal des Missions Evangéliques de Paris.

Le Missionnaire. (Bâle).

Nouvelles du Zambèze (Mission Suisse Romande).

The Church Missionary Outlook (C. M. S.).

The Mission Hospital.

The Missionary Herald. (Américan Board of Boston).
The Missionary Review of the World.

2° MISSIONS MÉDICALES FÉMININES CATHOLIQUES

Almanach Catholique, 1926-27-28-29.
Almanach des Missions Franciscaines. F. M. M. Vanves 1929.
Aide Médicale aux Missions (L'). Bruxelles, 1928.
ARENS. — *Manuel des Missions Catholiques.* Museum Lessianum, 1925.
BECKER (Mgr. -C.), S. D. S. — *Arztliche Fürsorge in Missionsländer.* Aachen, 1921.
— *Missionsärztliche Kulturarbeit.* Würzburg 1928.
— *Katholische Missionsärztliche Fürsorge Jahrbuch.* Aachen, depuis 1924.
BERTINI (Don Ugo). — *Pie XI et la médecine au service des Missions.* Paris, 1929.
Codex Iuris Canonici. 1920.
CORMAN. — *Annuaire des Missions Catholiques au Congo Belge.* 1924.
Cor Unum (Aperçu sur les œuvres des Sœurs de Charité de Gand, 1809-1913). Bruxelles, 1915.
Dictionnaire des connaissances religieuses.
FLOYD KELLER. — *Catholic Medical Missions.* New-York, 1925.
Fomulac (Fondation médicale de l'Université de Louvain au Congo). Rapports présentés à l'Assemblée générale du 22 mai 1927 et du 27 mai 1928.
L'Apostolat Missionnaire de la France. Conférences de l'Institut Catholique de Paris, 1928-1929. La Médecine dans les Missions.
LAMONT (Dr Margaret). — *Twenty year's Medical Work in Mission Countries.* Shanghaï, 1927.
— *Indian Catholic Medical Missions and Women Doctors, also some Notes on School Hygiene.* I. C. T. S. Trichinopoly, 1919.

Missiones Catholicæ, cura S. Congregationis de Propaganda Fide descriptæ, 1930.

RYAN (Mary). — *Dr Agnes Mc Laren*. London (C. T. S.), 1915.

STREIT (P. R.) O. M. I. — *Les Missions catholiques*. Statistiques et graphiques des missions catholiques d'après l'exposition missionnaire vaticane. Paris, 1928.

Un Institut Missionnaire. — Les Franciscains Missionnaires de Marie. Vanves (s.d.).

Vie et esprit du chanoine Triest. — Par une Sœur de Charité, Bruxelles, 1928.

REVUES :

L'Aide médicale aux Missions (Bruxelles).

Annales de la Propagation de la Foi (édition française et anglaise).

Bulletin Catholique de Pékin.

Carnets de l'Aucam.

Catholic (The) Medical Guardian.

Catholic Missions.

Deus caritas est (Sœurs de la Charité de Gand).

Documentation (la) Catholique.

Etudes (les).

Hospital Progress.

Jottings from a Catholic Mission Doctor.

Katholischen (Die) Missionen.

Medical (The) Missionary.

Missioni (le) Cattoliche.

Missions (les) Catholiques.

Pensiero (Il) Missionario.

Revue Apologétique.

Revue des sciences religieuses.

Revue d'histoire des missions.

Vie (la) catholique.

Vie (la) intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
42, QUAI GAILLETON
LYON